THESE

# THESE

APRESENTADA Á

## FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Em 31 de Outubro de 1908**

POR


## João de Britto Albuquerque Veiga

**Pharmaceutico pela mesma Faculdade, Socio fundadôr da Sociedade de Medicina da Bahia e auxiliar da clinica cirurgica do Professor Pacheco Mendes no Hospital Santa Izabel**

NATURAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO


AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

## DOUTOR EM MEDICINA

---

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

# DA RACHISTOVAINISAÇÃO

---

PROPOSIÇÕES

**Três sobre cada uma das cadeiras do curso das sciencias medico-cirurgicas**

---


BAHIA

OFFICINAS DOS DOIS MUNDOS

35—Rua Conselheiro Saraiva—35

1908

# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — Dr. AUGUSTO CEZAR VIANNA

VICE-DIRECTOR — Dr. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

## LENTES CATHEDRATICOS

| Os Drs. | Materias que leccionam |
|---|---|
| **1.ª Secção** | |
| José Carneiro de Campos | Anatomia descriptiva |
| Carlos Freitas | Anatomia medico-cirurgica |
| **2.ª Secção** | |
| Antonio Pacifico Pereira | Histologia |
| Augusto Cezar Vianna | Bacteriologia |
| Guilherme Pereira Rebello | Anatomia e physiologia pathologicas |
| **3.ª Secção** | |
| Manoel José de Araujo | Physiologia |
| José Eduardo Freire de Carvalho | Therapeutica |
| **4.ª Secção** | |
| Luiz Anselmo da Fonseca | Hygiene |
| Josino Correia Cotias | Medicina legal e toxicologia |
| **5.ª Secção** | |
| Braz Hermenegildo do Amaral | Pathologia cirurgica |
| Fortunato Augusto da Silva | Operações e apparelhos |
| Antonio Pacheco Mendes | Clinica cirurgica, 1.ª cadeira |
| Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia | Clinica cirurgica, 2.ª cadeira |
| **6.ª Secção** | |
| Aurelio Rodrigues Vianna | Pathologia medica |
| Alfredo de Britto | Clinica propedeutica |
| Anisio Circundes de Carvalho | Clinica medica, 1.ª cadeira |
| Francisco Braulio Pereira | Clinica medica, 2.ª cadeira |
| **7.ª Secção** | |
| José Rodrigues da Costa Dorea | Historia natural medica |
| Antonio Victorio de Araujo Falcão | Materia medica, pharmacologia e arte de formular |
| José Olympio de Azevedo | Chimica medica |
| **8.ª Secção** | |
| Deocleciano Ramos | Obstetricia |
| Climerio Cardoso de Oliveira | Clinica obstetrica e gynecologica |
| **9.ª Secção** | |
| Frederico de Castro Rebello | Clinica pediatrica |
| **10.ª Secção** | |
| Francisco dos Santos Pereira | Clinica ophtalmologica |
| **11.ª Secção** | |
| Alexandre E. de Castro Cerqueira | Clinica dermatologica e syphiligraphica |
| **12.ª Secção** | |
| Luiz Pinto de Carvalho | Clinica psychiatrica e de molestias nervosas |
| João Evangelista de Castro Cerqueira | Em disponibilidade |
| Sebastião Cardoso | Em disponibilidade |

## LENTES SUBSTITUTOS

| *Os Drs.:* | | *Os Drs.:* | |
|---|---|---|---|
| José Affonso de Carvalho | 1.ª Secção | Pedro da Luz Carrascosa | 7.ª Secção |
| Gonçalo Moniz S. de Aragão | 2.ª » | José Julio de Calasans | 7.ª Secção |
| Julio Sergio Palma | 2.ª » | José Adeodato de Souza | 8.ª » |
| Pedro Luiz Celestino | 3.ª » | Alfredo F. de Magalhães | 9.ª » |
| Oscar Freire de Carvalho | 4.ª » | Clodoaldo de Andrade | 10.ª » |
| Antonino B. dos Anjos | 5.ª » | Albino A. da Silva Leitão | 11.ª » |
| João Americo Garcez Fróes | 6.ª » | Mario de Carvalho Leal | 12.ª » |

SECRETARIO — Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

---

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

# PRÓLOGO

> «Desolado alchimista da Dôr, Artista, tu a depuras, a fluidificas, a espiritualisas, e ella fica para sempre, immaculada essencia, sacramentando divinamente a tua Obra».
>
> CRUZ E SOUZA.

Não pensamos como o insigne autôr da maviosa Iracema, sêr avêsso aos prólogos, porque, «elles fazem á obra o mesmo que o passaro á fructa antes de colhida; roubam as primicias do sabôr literario», mas sim, porque o prólogo, como o espêlho da obra, necessita de luz para reflectir a imagem, com a clarividencia necessária, da impressão que recebeu.

Se não fossem outros devêres, mais justos e fortes quão difficeis são os de arcar com o pêso do turbilhão da critica publica, deixariamos que o nosso trabalho se resentisse deste leme, pequeno embóra, mas que irá conduzi-lo na travessia do mar tempestuôso das opiniões, se a tanto lá chegar.

Critiquem ou mofem da forma que lhe demos, censurem ou condemnem a orientação que lhe imprimimos, conculquem ou motejem o seu estilo, se estilo nelle existe, mas não attinjam, ao menos como um devêr reverente, a nossa inspiração, que tão forte e positiva foi, como franco e leal foi o nosso esfôrço.

O motivo da escôlha do nosso ponto, o mais seductor possivel, fomos buscar com a observação e com os factos, nos resultados admiraveis da clinica do Hospital, durante mais de dois annos. Se não fosse o êxito extraordinario dos casos que observamos,

outro seria o critério que havia de presidir o nosso espirito, ainda não bem affeito ás árduas tarefas scientificas, mas bem esclarecido para seguramente orientar-se em qualquer de suas manifestações, das multiplas que lhe estão confiadas.

Dos ramos da Medicina, a Cirurgia tão cheia de responsabilidades quão positiva e sedutôra é, se nos affigurou, por uma inclinação toda particular e toda espontanea, o que deviamos, com mais affinco, seguir e abraçar, uma vêz alentados pela convicção intima que nutrimos, que o Cirurgião actual, essencialmente conservadôr, de um modo um pouco mais seguro que o clinico, presta á humanidade o seu alto contingente, já amparando-a nos transes accidentaes da sua existencia, já livrando-a do angustiôso soffrêr de uma invalidade futura.

Na Cirurgia então, fomos procurar o assumpto da nossa thése, tendo vivo na mente, o pensamento firme que de há muito entretinhamos — o de procurar um assumpto, sobre o qual não só nos auxiliasse a leitura nos livros, como pudessemos, com o contingente da nossa observação, nos expandir de um modo mais certo e melhor orientado. Eis o motivo pelo qual escolhemos a Rachistovainisação, ponto que duplamente nos prendeu: 1.° porque

era um assumpto nôvo e importante, muito de perto ligando seus interesses aos interesses geraes da Cirurgia; 2.° porque podiamos imprimir-lhe, como um dos nossos afanosos desejos, qualquer cousa que fizesse ao menos transparecêr o mais ligeiro cunho pratico.

Escrevendo sobre a Rachistovainisação sómente poderiamos orientar o nosso trabalho do modo pelo qual o fizemos, dando primeiramente umas considerações geraes sobre a descoberta da rachianesthesia, e sobre a succession da cocaina pela stovaina; em seguida fazendo a descripção da téchnica (adoptada e praticada nas nossas observações); falando depois, em partes separadas, dos effeitos da injecção de stovaina, dos accidentes e das indicações e contra-indicações, encerrando-o com a parte verdadeiramente pratica — as observações. Eis a súmmula das partes que constituem o nosso trabalho. Não encontrarão nelle forma ou estilo nem phrases buriladas, mas encontrarão, affirmamos, a simplicidade, a clarêza e a sinceridade nas expressões, unico fito do autôr.

Tendo de encerrar aqui este prólogo — principio e remate do nosso trabalho —, não o poderiamos fazer senão do modo pelo qual o fizemos: agradecendo ao Dr. Antonio Pacheco Mendes, a quem grandemente cabe a parte pratica da nossa thése, o modo

lisongeiro e dedicado com que sempre nos distinguiu e tratou, já guiando-nos no que de importante houvesse sobre o assumpto, com a sua destra e esclarecida erudição, já facultando-nos francamente, largamente, a sua clinica, onde trabalhamos mais de dois annos, ao lado dos seus hábeis internos e meus admirados collegas Roque Degrazia e Fernando Luz, na mais viva confidência e na mais inteira communhão de ideias; e aos companheiros de internato, uns que já se fôram e outros que ficáram, as nossas saudações de despedida pela mútua cordialidade que entre nós sempre existiu, como interno que fomos do Hospital Santa Izabel, para onde entramos pela porta larga do esfôrço e do trabalho.

J. VEIGA.

Novembro 1908.

# DISSERTAÇÃO

# Considerações Geraes

> «Ideias novas promovem novas combinações, novas opiniões, novas evoluções».
>
> MARQUEZ DE MARICÁ.

Hodiernas descobertas no campo da sciencia são outros tantos nucleos de concentração dos homens cultos, que, embóra reconhecendo a vastidão daquelle, e esquecendo-se dos limites determinados de sua actividade, tendem naturalmente a enveredar-se pelo caminho já bastante esclarecido e certo da evolução e do progresso, em busca de qualquer cousa, que é grande, que é sublime, mas desconhecida, guiados pelo esclarecimento de seu espirito e pelo não menos aperfeiçoamento de sua razão.

Nessa cohorte de paladinos achegados a uma ideia que se levanta, dois grupos se destacam.

Uns de acordo com os seus principios, defendem-na, enaltecem-na, mostrando e esclarecendo a sua utilidade; ao passo que, outros, coherentes, já se vê, com o seu modo de pensar, verdadeira antithese daquelles, accusam-na, condemnam-na, apontando e fazendo vêr os seus defeitos e as suas faltas.

Imponente e admiravel é então a scena que vamos observar na arena scientifica na qual a ideia preconcebida, si victoriosa, sendo realmente bôa, vai receber a sancção da experiencia e dos factos; si derrotada, por inutil e má, irá jazer eternamente com os seus defensores á sombra desoladora do esquecimento!

A maravilhosa descoberta de Corning, a rachianesthesia, foi meio caminho andado ao sublime methodo — a rachistovainisação.

Foi a America do Norte o berço da genial ideia de Leonard Corning, descobridor da rachianesthesia.

A descoberta do neuropathologista de New-York a despeito do labor do seu espirito gasto em engendra-la, têve que, quase sem mesmo têr nascido ainda, de sêr condemnada ao ostracismo, não só por têr que pagar, obedecendo a ordem natural das cousas, o seu pesado tributo de inquilino nôvo que era da sciencia, como pelos obstaculos encontrados devidos a extrema delicadêza da séde das operações que deviam franquear-lhe o caminho a proseguir.

Tendo de um lado o attrito dos methodos até então executados e reputados seguros e do outro a justificavel temeridade de seus collegas em face deste modo de se fazêr pôr em contacto directo com a medulla certos principios que não deixavam de inspirar escrupulos, Corning têve que refrear os assomos da sua imaginação, corroborados por apurado estudo experimental.

Conservava-se assim a sua descoberta occulta por este véu de temeroso indifferentismo, até que Bier, melhor amparado, proclamou aos quatro cantos de Greiwfswald, o nôvo methodo de anesthesia, muito embóra ainda imperfeito e indeciso como tudo que nasce ou que se inicia.

Vulgarisadas então as descobertas, cada qual acclamava para si a prioridade, e a vaidade humana, sempre prodiga em conchavos, não tardou em encontrar o satisfatorio qualificativo de methodo de Corning-Bier.

O caminho para a divulgação do nôvo methodo estava aberto, mas o viandante ainda não existia, não era a cocaina, nem tão pouco as suas associações, em cuja pratica se havia encontrado sempre incovenientes.

A cocaina pura ou associada em soluções concentradas ou isotonicas a pratica e a experiencia mostravam que não podia continuar a sêr empregada, mesmo a despeito de certos adeptos que continuavam a vêr no seu uso a perpetuação de um methodo inoffensivo.

As calorosas aspirações de Tuffier e Chaput na França, Bier na Allemanha e de outros, tiveram que se acalmar deante dos

accidentes operatorios que se manifestavam pelo emprego da cocaina.

A rachicocainisação tendia a sêr desprezada, porque de modo algum preenchia as condições de um methodo de anesthesia que fosse, relativamente já se vê, inocuo, satisfizesse os preceitos do *divinum est sedare dolorem*, e previsse os accidentes a se manifestarem.

Os accidentes da cocaina os mais differentes e como taes de origem tambem as mais differentes, Guinard pretendeu incriminar á irritação das meninges produzida pela agua que servia de vehiculo ao alcaloide e que eram passiveis de sêr prevenidos, seja substituindo-se esta agua pelo proprio liquido cephalo-rachidiano do doente, seja injectando-se no canal rachidiano uma solução isotonica, isto é, tendo o mesmo ponto de congelação daquelle liquido.

Nova nenhuma trouxeram ao methodo as soluções concentradas e as isotonicas, porquanto a pratica e as meticulosas observações de Tuffier e de outros, que lançaram suas vistas para estas evoluções que se passavam no campo da anesthesia, ora bafejadas por um vivo sôpro de esperança, ora mergulhadas no mais acerbo desengano, mostravam que a questão da concentração e da isotonia em nada ou em quase nada influia, uma vêz que os accidentes sempre se manifestavam.

Ao lado de todos estes factos militava ainda contra a cocaina o seu grande poder toxico, já bem arraigado e conhecido na pratica da anesthesia local.

Contudo, de quéda em quéda, soffrendo criticas as mais severas, a cocaina grandes serviços prestara não só a anesthesia rachidiana como a anesthesia local; e assim nos diz Kendirdjy: «é preciso saudarmos com veneração o desapparecimento da cocaina, grandes serviços nos ha prestado».

Hoje ella cede o passo a stovaina; amanhã será talvêz a salvaguarda desta.

Nós marchamos de progresso em progresso; não desprezemos as cousas do passado para que não incorramos no desprêzo das gerações futuras!

Negada estava a acceitação da cocaina, pela experiencia e pelos factos, na rachianesthesia.

Mas, com esta simples negativa, findaram-se todos os esforços até então empregados na proclamação do nôvo methodo, a penetrar alviçareiro no campo da cirurgia?

Absolutamente não. Porque o espirito humano scientifico investigador e perspicaz, não esbarra, nem o podia fazêr, ao primeiro ou mesmo aos repetidos obstaculos a elle anteposto, senão depois de meticulosamente esmiuçar essas questões insondaveis, profundas, verdadeiro labyrintho mysterioso, que se formam a cada passo, em torno de uma ideia nova, de um nôvo acontecimento.

Os sabios têm olhos d'aguia que, perscrutando o inexplicavel dédalo dos conhecimentos humanos, antevêm, com extremado esclarecimento, na sua negrura infinda, a subtilissima vibração atomica e a mais imperceptivel transformação molecular.

A chimica, não vencida ainda pelo mallôgro do esperançoso e ideal problema do «elixir da longa vida», por um dos seus mais sublimes processos — a synthese, veio nos provar que uma ideia scientifica, um conhecimento nôvo, não morre sem têr vivido, mas, que pelo contrario, é preciso vivêr para então morrêr, se não satisfaz as condições da sua vida.

Foi inspirado na extrema profundêza dos processos syntheticos, permittindo-lhe chegar por verdadeira selecção, a obtenção de um producto perfeito, que E. Fourneau chegou a concepção da stovania, uma das bellas concepções da actualidade.

Examinando o arranjo molecular da cocaina, da tropococaina e da eucaina, notou nelle a presença de três pontos communs: uma funcção amina, uma funcção alcoolica e um grupo benzoil, ligado a funcção alcoolica. São pois estes corpos essencialmente amino-alcooes.

Estudando com escrupulo cada funcção ou grupo de persi — Fourneau chegou a conclusão de que na funcção amina ou azotada entrava um nucleo piperidinico, que encerrava toda toxidêz daquelles corpos; na funcção alcoolica observou o secundarismo dos dois primeiros corpos, e o terciarismo do ultimo, e, ponto importante, no grupo benzoil, viu que residiam essencialmente as propriedades anesthésicas delles.

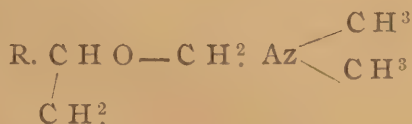
Estava iniciada a proporção do problema e feita a mais simples operação, teriamos fatalmente o valor da incognita.

Que restava fazer, depois de chegar a uma concepção tão ardua quão engenhosa?

Supprimir o nucleo piperidinico toxico, manter o grupo benzoil anesthésico, ligado naturalmente a funcção alcoolica e aconchegar-lhe um outro supporte azotado porém inoffensivo.

Foi realmente o que fez Fourneau, prevaleceu-se do meio que lhe fornecia a chimica de que, tratando-se de productos pharmaceuticos — póde-se exaltar as propriedades uteis de um corpo, supprimindo as que são noscivas, enxertando-se aqui ou acolá o orgam essencial posto em evidencia, procurando um corpo que bem satisfizesse esse desiderato. Foi então encontra-lo nos amino-alcooes e particularmente nos da serie gordurosa, corpos que eram pouco conhecidos, raros e difficeis de se obtêr, mas que geralmente eram pouco toxicos.

De todos os amino-alcooes encontrados, de constituições as mais differentes, — um de funcção alcoolica terciaria, cujos derivados benzoilados são fortemente anesthésicos, representado pelo eschema:

$$R.\underset{\underset{CH^2}{|}}{C}HO - CH^2\ Az \begin{matrix} \diagup CH^3 \\ \diagdown CH^3 \end{matrix}$$

chamou a attenção de Fourneau.

Os outros amino-alcooes de funcção alcoolica secundaria ou primaria, soffrendo a etherificação pelo acido benzoico, sómente

originam corpos quase inteiramente desprovidos de propriedades anesthésicas.

A grande originalidade da descoberta de Fourneau reside no facto capital de evidenciar a importancia da funcção alcoolica terciaria e a inutilidade de todo nucleo azotado toxico, chegando assim «ao mais simples, ao mais activo, ao menos toxico, de todos os anesthésicos locaes até hoje conhecidos».

A stovania é pois, o ether benzoico de um amino-alcool da serie gordurosa, de funcção alcoolica terciaria, que é aqui o alcool amilico.

Chegára afinal o espirito ardoroso do joven chimico, de solução em solução, cadenciadamente, ao fim que lhe parecia phantastico mas depois real, da sua concepção.

Descoberto estava o corpo que devia com gloria substituir a cocaina, que já não resistia a longa serie de criticas feitas aos seus constantes insuccessos operatorios.

E parodiando as palavras de Kendirdjy, relativas ao desapparecimento da cocaina, diremos: é preciso saudarmos com desvaneio o apparecimento da stovaina; aureos problemas lhe estão confiados!

O mundo marcha, marchemos com elle, para que um dia possamos provar aos vindoiros que o futuro não nos era de todo desconhecido.

# Téchnica da Rachistovainisação

A téchnica da rachistovainisação, processo nôvo mas já bem estudado e conhecido, pelo qual se faz chegar por meio de uma punção intervertebral a stovaina ao espaço sub-arachinoidiano, é dos mais simples e dos mais faceis, não só porque, em si nenhuma difficuldade existe na punção rachidiana, como porque, ella muito se approximou do ideal da Cirurgia a simplificação e a reducção dos instrumentos que trarão necessariamente consigo, a prestêza operatoria — ponto de relevante importancia — em qualquer operação, maximé nas grandes e laboriosas intervenções, nas quaes o tempo é tudo.

Sim. A tendencia geral do espirito humano, nas multiplas e variadas modalidades das suas exteriorizações, para a simplificação em tudo que está sob sua alçada, é uma nova maravilha a se formar, é um fim desejado e altamente bom a se preencher.

Nascida e iniciada com o nôvo methodo do qual naturalmente derivou, a téchnica da rachistovainisação, têve de soffrêr, com honras para si, a acção do escôpro sabio e prudente dos scientistas para chegar ao aperfeiçoamento de então, ponto maximo talvêz do seu desenvolvimento.

Deixaremos de citar as várias téchnicas actualmente conhecidas, creadas com os nomes dos cicurgiões que as praticaram, como sejam as de Caput, Legueu, Tuffier e outros, não sómente porque, no mais ligeiro estudo comparativo que fizermos, encontraremos differenças minimas, como porque, a que aqui descrevemos e applau-

2

dimos, consideramos a mais racional e perfeita por attingir com grande felicidade ao nó gordio da questão — o vehiculo da stovaina — que é nella com justa logica e não menos justificavel raciocinio o proprio liquido cephalo-rachidiano.

Descreveremos antes de entrar na téchnica propriamente dita, os instrumentos que o cirurgião tem que manusear, toda vêz que, tenta fazêr uma rachianesthesia, abstraindo-nos de certas minudencias imprescindiveis de asepsia, relativas já aos objectos, já ao proprio cirurgião, porquanto reputamos ao alcance de todos, o alto critério que preside todas as acções operatorias, maximé em terreno de extrema delicadêza como o que nos occupa.

## INSTRUMENTOS

Resumidos e facilmente esterilizaveis são os instrumentos de que nos acercamos, toda vêz que, temos de fazêr uma rachianesthesia.

Uma seringa e uma agulha as quaes vêm juntar-se, em a téchnica que seguimos como objectos indispensaveis, um cálice e um bastão, ambos de vidro.

SERINGA. — A melhor seringa é a de vidro chamada de Luër, podendo-se empregar outra qualquer, com tanto que siga o seu modêlo, isto é, que seja de vidro.

Sendo de vidro tem a dupla vantagem de ser facilmente esterilizada á estufa sêcca ou pela ebullição e de sempre funccionar bem.

A capacidade, de dois centimetros cubicos, é prudente observarmos na téchnica que usamos, para nos evitar de sêr preciso adaptar pela segunda vêz a agulha, quando por pequena, não comportar a quantidade de liquido recolhido. Mas a graduação, em nada nos adianta, porque, a quantidade de stovaina vem já estipulada e dissolvendo-a em certa porção de liquido, temos que injecta-la inteiramente.

É esta certamente mais uma vantagem, pois nos livra dos calculos de occasião, em os quaes tal ou qual graduação da seringa corresponde a tanto ou quanto em centigrammas de stovaina, quando nos servimos das ampôllas de stovaina de Billon, como fazem Chaput, Legueu e Tuffier em suas téchnicas.

Poulequim em sua these de doutoramento em Paris, aconselha que na esterilização pela ebullição da seringa, não o devemos fazêr em uma solução alcalina, como por exemplo a agua carbonatada, porque as materias alcalinas precipitavam a stovaina e eram assim uma causa de insuccesso.

Estamos quase em desacordo com o nosso illustre collega.

Cremos, é de certo, não havêr necessidade de esterilizarmos uma seringa em uma solução alcalina, como a agua carbonatada, pois muito mais facilmente temos a agua commum, mas não tem razão de sêr a ponderação do meu consultor, porquanto, de reacção francamente alcalina é o liquido cephalo-rachidiano e além disso com as suas proprias palavras destruimos esta sua injustificavel ponderação.

Assim é que, em a mesma these, diz elle, falando da solução de stovaina, no caso a de Billon,: «a solução é absolutamente limpida; mas dêsde que a puzermos em contacto com o liquido cephalo-rachidiano, torna-se opalescente por precipitação da stovaina em presença das materias alcalinas contidas neste liquido».

Tanto mais que, se não fôra um pouco de ousadia, diriamos que, na não solubilidade da stovania no liquido cephalo-rachidiano, está a sua grande virtude na anesthesia inferior.

Si não, veremos.

Antes de tudo devemos confessar, que não nos é muito familiar, franquêza no caso, a physiologia do liquido cephalo-rachidiano, mas, por um desses louvores do raciocinio, presumindo-se o modo pelo qual se faz a acção da stovaina, vemos que, não ha no canal medullar, correntes ascendentes e descendentes activas, nem mesmo lentas, do seu liquido.

Assim nos expressamos, porque, si as houvesse, não era claro e inevitavel que a stovaina injectada, na parte inferior do canal medullar, em suspensão (porque não se desenvolve), embóra no proprio liquido, subisse nessas correntes, mesmo a despeito da posição inclinada do doente, e então attingindo o systema medullar ascendentemente, chegasse até o bulbo, ponto maximo até aonde poderiamos observar a sua funesta ascensão, e determinar fatalmente a morte do doente?

Parece-nos francamente claro, mas, no entretanto, nenhum cunho verdadeiro queremos dar a este nosso modo de pensar, porque, assim fazendo, temos affirmado uma cousa que tão sómente proveio de uma mera hypothese.

Diziamos que, na não solubilidade da stovaina estava provavelmente, uma das suas virtudes na anesthesia inferior.

Realmente este ponto delicado de que cogitamos, parece-nos carecer de uma affirmação, porque a logica e o raciocinio sobre a observação e sobre os factos, auxiliados por esta hypothetica estabilidade do liquido medullar, levam-nos a acreditar na acção de presença da stovaina, injectada nas circumvisinhanças das emergencias dos nervos do plexo-crural, área de relevancia da sua principal acção.

Mas, dirão, si a stovaina estivesse dissolvida seria o mesmo, isto é, acreditando-se na sua acção de presença, a anesthesia limitava-se sempre a porção inferior da medulla onde foi feita a injecção, porque, não só a ajudava, a estabilidade do liquido cephalo-rachidiano, como a maior densidade da porção de liquido injectado, tendo stovaina em dissolução.

É de algum modo judiciosa e acceitavel a objecção.

Mas, por um ligeiro esforço de memoria, vemos que, muito mais difficilmente se desloca entre as moleculas de um liquido uma substancia em suspensão, do que aquella que, dissolvendo-se, já faz parte integrante deste mesmo liquido.

É isto que nos parece mais crivel e racional.

A não solubilidade da stovaina no liquido cephalo-rachidiano, necessita pois, de especial attenção, para que estudos vindoiros, melhor corroborados pela physiologia e pela experimentação até então deficientes, se não para todos, ao menos para nós, venham affirmar ou negar esse nosso modo de vêr.

Agulha. — A agulha deve sêr de platina iridiada, donde sua grande flexibilidade, sómente quebrando-se difficilmente e seu aquecimento facil.

Deve têr tamanho sufficiente para atravessar os numerosos planos anatomicos, que separam a pelle do espaço sub-arachnoidiano, ponto maximo até onde é preciso chegar.

Sómente a saida do liquido cephalo-rachidiano nos assegura da sua penetração nesse espaço, porquanto a espessura deste plano varia ao extremo com os individuos.

Na parte terminal da agulha, a chanfradura unilateral que a fórma, tem sido objecto de discussões, e Tuffier insiste com razão, em que deve sêr bastante curta: sendo longa o orificio da agulha não penetrando por completo no canal devido a sua extensão, a parte que ficasse aquém da cavidade sub-arachinodiana, lançaria uma certa porção da stovaina no espaço peridural, inutilizando assim sua acção na anesthesia.

Muito embóra o Professor Kendirdjy diga que, sendo a chanfradura terminal curta, gozaria o papel de delacerador, e durante a penetração poderia obstruir-se de gordura ou fragmentos musculares, consideramos judiciosa e louvavel a ponderação do illustre cirurgião Tuffier, accrescentando que, além de curta, deve têr a parte terminal da agulha — a ponta um pouco rombica, particularidade esta, que irá evitar a picada de qualquer dos filêtes da cauda do cavallo — filêtes terminaes da medulla, — de encontro a parte anterior resistente do canal vertebral.

Este accidente, embóra não seja dos mais perigosos e graves, porquanto a minima consequencia tem-se notado, contudo devemos considerar por demais louvavel a sua não realização.

A possibilidade da obturação da agulha no seu percurso até o ligamento amarello, tem provocado discussões, chegando-se a cogitar no emprego de um *mandrin*.

Tuffier prefere a agulha não obturada, e nós ainda uma vêz estamos fieis ao seu lado, uma vêz que a isto nos guia não só a bôa logica como o auspicioso proveito colhido daquillo que fazemos com um pouco de conhecimento de cauza — como se diz.

A agulha obturada, diz elle, nega um signal capital: a saida do liquido cephalo-rachidiano; arrisca penetrarmos mais além do que desejamos no sacco *dural*, porque não nos é permittido confiar na sensação do espaço livre, nem sobretudo pesquiza-lo; movimentar a agulha no canal rachidiano seria grave perigo.

Reclus e Guinard aconselham obturar a agulha antecipadamente com um fio de prata ou uma crina de Florença, retirando-se, toda vêz que se sentisse a resistencia do ligamento.

Pessimo recurso conciliador, porque não só o fio como a crina não se adaptam perfeitamente ao orificio da agulha, como tambem esta tão falada resistencia do ligamento, nem sempre se percebe.

Chaput quiz pôr termo a questão, adoptando a agulha modificada por seu discipulo Tanon: fechada na extremidade e tendo um pequeno orificio lateral, á minima distancia da ponta.

Com o Professor Kendirdjy, não admittindo o uso do *mandrin* nem o da agulha de orificio lateral, conservamo-nos partidarios da agulha ordinaria, com as ligeiras modificações as quaes alludimos, isto é, uma agulha de platina iridiada, de 8 centimetros de extensão, de um millimetro de diametro exterior, de chanfradura curta e ponta não muito aguda, que muito se aproxima da agulha de Tuffier.

CÁLICE. — O cálice, que deve sêr de vidro, tornando-se assim facilmente esterilizavel, serve para recolher o liquido ao qual se addiciona a quantidade já determinada de stovaina.

Sêr ou não graduada em nada influe, porque como acabamos de dizêr, a quantidade de stovaina vem já determinada.

BASTÃO.—O bastão tambem de vidro, tem a unica utilidade mais imprescindivel, de agitar a stovaina depois de addiciona-la ao liquido cephalo-rachidiano recolhido.

## TÉCHNICA PROPRIAMENTE DITA

A questão da téchnica é grande e de máxima importancia, inspirando-nos sérios cuidados, principalmente para o lado da asepsia.

A que aqui alludimos e descrevemos, é a seguida pelo nosso Professor Dr. Antonio Pacheco Mendes em sua clinica no Hospital Santa Izabel, e de antemão diremos, que ella preside a todas as observações que por nós forem apresentadas.

Fazemos sentar o doente em um dos bordos da mesa de operação, friccionando bem com ether e depois com alcool a região lombar.

Feito isto, mandamos que o doente incline a cabeça para deante e para baixo, apoiando os cotovellos em flexão nas coxas e os pés repousando em uma cadeira ou banco para melhor relaxar os musculos dorsaes.

Esta inclinação tem por fim, encurvando a columna vertebral para deante, tornar mais accessivel a interlinha vertebral.

É de bôa pratica, corrigirmos nesta posição, o menor desvio da columna, o qual não sendo observado, nos conduz sempre a insuccesso na puncção.

Nesta posição inclinada, a linha transversa que passe pelas duas cristas iliacas, passará tambem pela apophyse espinhosa da quarta vertebra lombar: acima está o terceiro e abaixo o quarto espaços lombares.

Si bem que o Professor Legueu considere o terceiro espaço—o de elecção—, em quase todas as nossas observações, punccionamos no quarto espaço, tambem preferido pelo Professor Tuffier, e demonstrado anatomicamente mais aberto e como tal mais accessivel pelas experiencias de Jávara.

Outros e com elles le Filliâtre preferem o quinto espaço ou espaço lombo-sagrado.

É de bom aviso, conhecermos todos estes pontos, porque lá uma vêz a puncção de um ponto, mesmo o de elecção de Legueu, póde não determinar a saida do liquido, e, se havemos de retirar a agulha e picar de nôvo a pelle no mesmo ponto, é preferivel, a pratica nos tem mostrado, picar em um espaço abaixo ou talvêz acima.

Affirmamos abaixo por sêr sómente ao que temos recorrido.

Seja a puncção em que espaço fôr segundo, terceiro, quarto ou mesmo quinto, o seu unico critério é a saida do liquido, havendo no entretanto quem affirme, que a puncção nos espaços superiores tem a vantagem de uma anesthesia melhor e mais extensa, com dóse egual.

Tem o seu quê de razoável esta affirmação, pois, dizem os que assim pensam sêr maior o campo de contacto para a acção da stovaina.

Dissemos e com bem verdade, que o logar da puncção em muito pouco influia e que o seu unico critério era como é, a saida do liquido cephalo-rachidiano e é isso o que queremos fazêr bem patente, porquanto, as chamadas puncções em branco dos diversos auctores, não são mais do que crassos, si bem que as vêzes imprevistos, erros de téchnicas.

Assim affirmamos partindo de um principio, verdadeiro dogma, dos mais seguros e dos mais firmes, de que em todo canal medullar existe liquido, uma vêz que a sua não existencia é incompativel com a vida.

Aos mais affeitos na pratica das puncções não é preciso o guia da linha bi-iliaca.

Percorrendo-se de cima para baixo, com o dêdo pollegar da mão direita, com uma certa pressão, a crista das apophyses espinhosas na região lombar, a extremidade do dêdo, mais acima ou mais abaixo, penetra em um espaço mais aberto e facilmente

perceptivel, que é o quarto espaço ou espaço de Javara, onde poderemos perfeita e correctamente punccionar.

Quanto a questão de sêr a puncção mediana ou lateral, quase não mais se discute, pois todos hoje preferem a puncção mediana, pela unica mas vantajosa razão, de que o maximo de abertura dos espaços interlaminares corresponde a parte media.

Escolhido ou determinado que seja o logar, nada mais nos resta que fazermos a puncção e para isso marcamos o ponto com o dêdo pollegar da mão esquerda, com a mão direita tomamos da agulha, e collocamos a sua extremidade no ponto indicado, vamos fixando-a então com as duas mãos, do modo mais commodo possivel a cada um, e introduzindo-a devagar até termos a certêza da sua penetração no canal medullar, que nos é fornecida pela saida do liquido.

É de bôa pratica, introduzirmos sempre a agulha com a chanfradura da ponta para cima, com o fim de facilitar a saida do liquido.

Muita vêz, introduzimos toda agulha com maior prevenção e maior cuidado e no entretanto, baldados são os nossos esforços, porquanto a saida do liquido não se manifesta. Mas, a razão está em que, ou o doente com a picada da pelle, tempo sómente doloroso da operação, fazendo o mais ligeiro movimento, desviou a columna, ou então, imprimimos a agulha uma certa inclinação ou caminho falso, as vêzes imperceptivel, e temos que, afastando convenientemente a agulha, sem contudo retira-la do orificio cutaneo, no primeiro caso, isto é, sendo o insucesso perpetrado por um desvio na posição do doente, corrigi-lo, e no segundo, isto é, sendo o insucesso motivado por uma orientação viciosa da mão do operador e como tal muito mais grave, temos tambem que corrigi-lo.

O recommendar não afastar completamente a agulha, tem, como unico fito, evitar uma segunda picada da pelle, que como dissemos, é sómente o tempo doloroso da operação.

Toda vêz, que a tentativa não puder corrigir o insucesso,

motivado por uma ou por outra causa, e temos que retirar completamente a agulha, é prudente aconselharmos, punccionar em um outro ponto, acima ou abaixo, como já dissemos.

Introduzida a agulha, como prova matematica da sua penetração no canal rachidiano, temos na sua parte opposta, o abrolhamento de um liquido tépido e de uma limpidêz perfeita, que outro não é que o liquido cerebro-espinhal.

O seu escoamento é muito variavel.

Faz-se geralmente em grossas gôttas, succedendo-se em intervallos curtos e regulares; outras vêzes lentamente, a gôtta agarrando-se, como que preguiçosamente a extremidade da agulha; e algumas vêzes, ao contrario, em verdadeiro jacto.

Todas estas fórmas de escoamento do liquido, não obedecem a uma norma certa dependente da idade ou da robustêz de cada um, ao contrario, póde apresentar-se indifferentemente uma ou outra fórma, no velho ou no môço, como no fraco ou no forte.

Si o liquido, ao em vêz de limpido, apresentar-se com um pouco de sangue, o que ás vêzes succede, sendo sómente as primeiras gôttas, é de regra esperarmos até que, escoando-se, torne-se limpido, mas se continuar sempre carregado de sangue, devemos, sem a menor exitação, retirar a agulha, dando como inutil esta puncção e iniciarmos outra.

Obtido o escoamento do liquido, limpido como deve sêr, recolhemos uma certa quantidade, de acordo com a capacidade da seringa, ou melhor, capaz de contêr a stovaina, deixando-se perder uma outra quantidade de cinco á déz centimetros cubicos e até quinze, segundo alguns, findo os quaes um ajudante fecha o orificio da agulha com o dêdo, enquanto o cirurgião se encarrega da incorporação da stovaina ao liquido recolhido.

Á porção do liquido que foi recolhido em um cálice, juntamos a quantidade de stovaina que já se acha pesada em um papel, e agitamos com o bastão até que fique turvo.

Chegado a este ponto, tomamos a seringa na mão esquerda,

tapando a sua extremidade adaptavel a agulha com o dêdo anular e por sua extremidade posterior derramamos, por uma parte propria do cálice, a solução de stovaina, e, então adaptamos o embolo.

Armada a seringa com a solução feita no proprio liquido, nada mais temos que, adaptarmo-la a agulha e injectar o seu conteúdo.

A propulsão do liquido na seringa deve sêr feita devagar, com lentidão, muito embóra, chegado que seja o embolo a introduzir toda solução, abandonemo-lo a si mesmo, para que o liquido pela sua propria pressão, mais acentuada em uns que em outros, faça-o voltar ao seu ponto primitivo, enchendo novamente a seringa, que, após ser novamente esvasiada, uma, duas, três vêzes, retiramos a agulha, obturando o orificio da pelle com um pouco de collodio em algodão.

Nessas alternativas do embolo, observamos o phenomeno curioso, de que em alguns, logo da primeira vêz que se o deixa refluir, o liquido já está quase limpido, ao passo que em outros, sómente da segunda ou terceira vêz isto se manifesta.

As diversas sensações, que communica a agulha á mão do operador, na travessia dos planos anatomicos que constituem a região a punccionar, até mesmo a falada sensação do ligamento amarello, semelhante a que sentimos quando punccionamos um quisto de paredes resistentes, como dizem, não têm tanta importancia, pelo menos as que se lhe attribue, porquanto as mais das vêzes não são percebidas.

Quanto a recommendarem alguns autores a anesthesia local da pelle para se fazer a puncção, é cousa muito secundaria pela insignificancia da dôr, bastando como prudencia, depois de friccionar a região com ether e com alcool, conservarmos o chumaço de algodão imbebido no ether no ponto da injecção, o qual adormecendo-o torna a puncção quase insensivel.

Retirada a agulha e collocado o algodão com o collodio, fazemos o doente deitar-se na mesa com a cabeça um pouco levantada e esperamos pela anesthesia, que ás vêzes é quase instantanea.

Dosagem.—A dóse de stovaina empregada na téchnica que seguimos, a principio de oito centigrammas, tornou-se systematica de seis centigrammas no adulto, diminuido para quatro e três nas creanças.

Há cirurgiões que, menos escropulosos ou mais atirados, quase abusam na dosagem da stovaina, chegando a empregar dóses mais elevadas.

Nesse numero está Chaput que já empregou dôze centigrammas.

Porém, um pouco mais moderados, refreando assomos ou exaltando temeridades, temos a dóze minima de três, média de seis e maxima de oito centigrammas, recommendavel esta ultima nas laparotomias.

O nosso maior intuito na descripção da téchnica, foi faze-la com a maior e a mais extrema simplificação e nitida comprehensão.

Mas se assim não succedeu, seremos culpados embóra indirectos.

Contudo suavisamo-nos com o grande consôlo dos tristes de que o mal é geral, porque em cirurgia, nada conhecemos mais deficientes por incomprehensiveis e mais insufficientemente descriptas, do que as taes téchnicas nos diversos autores.

Si por uma lei fatal ou outra qualquer circumstancia assim peccamos, outra foi inteiramente a nossa intenção e nada mais nos resta que a indulgencia dos interessados.

# Effeitos da injecção de stovaina

Os effeitos produzidos pela injecção de stovaina no espaço sub-arachnoidiano, que especialmente têm prendido a attenção dos homens de sciencia, manifestam-se, quase sempre, por dois phenomenos differentes—anesthesia e paralysia—, mas que se associam no conjuncto auspicioso que seguramente conduz o cirurgião ao uso de semelhante meio de anesthesia.

Extremamente difficil se torna a quem quer que seja, a não sêr levando sua abnegação ao extremo como Bier, fazendo-se rachicocainizar, tão sómente para se fazêr auto-conhecedôr das sensações produzidas, o descrevêr ou relatar com alguma precizão as sensações experimentadas por uma serie de doentes, cada qual mais differente em tudo e por tudo.

Os nervosos, os impressionaveis, os pusilanimes traduzem as suas sensações de acordo com o seu todo,—pusilanime, impressionavel ou nervoso—, esquecendo-se inteiramente desta hombridade louvavel e necessaria que a occassião tanto requer, e, exagerando as reações ou manifestando-as differentemente, podem com certa facilidade, conduzir, os espiritos menos prevenidos, á conclusões outras que não as que na realidade sentem.

No nosso meio, ao lado destes factores individuaes, se assim podemos dizêr, outro de grande monta milita com excelsa vantagem. Os nossos doentes, não todos já se vê, porém na maioria,

devido ao seu estado de ignorancia, muito precaria e vagamente orientam o cirurgião das sensações por elles percebidas, as quaes têm ou exigem certas particularidades que sómente podem sêr exteriorizadas por individuos, cujo cerebro não mais se illumine á lamparinas de azeite.

Por estas e outras tantas circumstancias se torna, ao nosso modo de vêr, de alguma sorte difficil o estudo das alterações sensitivas nos rachistovainizados.

Anesthesia.—Anesthesia é o phenomeno principal e de cuja utilidade não nos resta a menor duvida, porquanto permitte-nos operar os doentes sem que nelles se manifestem as sensações dolorosas.

Muitas vêzes, diz o Prof. Kendirdjy, «é analgesia—ausência de dôr—e não anesthesia—ausência de sensibilidade—que é preciso dizêr, porque o que desapparece é a sensibilidade á dôr: a sensibilidade ao contacto é conservada, si bem que menos nitida que no estado normal». Entretanto, na maioria dos casos, a propria sensibilidade tactil desapparece, transformando-se o doente em um verdadeiro paraplegico momentâneo.

Dir-se-ia que a região anesthesiada não pertence mais ao doente, na qual não póde localizar nem mesmo accusar nenhuma sensação, não existindo concomitantemente a reação muscular voluntaria ou involuntaria. É o caso de uma verdadeira paralysia mixta,—sensitiva e motôra,—manifestando-se ao mesmo tempo que desapparecem como consequencia inevitavel, todos os reflexos que têm por séde os membros inferiores e a região genito-perineal, em summa, em todo territorio de manifestação da anesthesia—reflexos plantar, rotuliano, cremasterino, etc.

Entre os dois extremos, ausência completa de sensibilidade tactil e conservação inteira desta sensibilidade com localisação perfeita do ponto tocado, há um meio termo em o qual o doente sente o contacto dos objectos com os quaes se o toca, mas não indica exatamente o ponto attingido e sim um outro, ás vêzes, bem differente.

A questão do desapparecimento dos reflexos tem suscitado grande discussão, chegando o Dr. Klippel a aconselhar a um seu collega M. Le Filliatre, não empregar um medicamento como a stovaina paralysante da cellula nervosa, considerado por elle perigôso, preferindo assim o uso da cocaina, como medicamento excitante daquella cellula. Attendendo e analysando detidamente a composição dos dois corpos, vemos que a acção excitante da cocaina sobre a cellula nervosa corre necessariamente por conta do seu maior poder toxico, e assim sendo, continuaremos a pensar com aquelles que consideram como physiologico e sem consequencia aggravante, a paralysia nervosa produzida pela stovaina, vizando no seu emprego o seu effeito mixto,—sensitivo e motor—, indo a sua acção paralysante contrabalançar a excitação devido a hypertensão produzida pela prezença de um corpo extranho no canal rachidiano. Realmente com a injecção da solução de stovaina temos a excitação pelo facto da hypertensão causada pela injecção e a paralysia pelo facto da acção physiologica da stovaina; enquanto que, com a cocaina, temos como com a stovaina, a excitação da cellula nervosa pelo facto da hypertensão causada pela injecção da solução de cocaina, e mais a excitação da cellula nervosa em consequencia do effeito physiologico da cocaina sobre a mesma cellula.

Assim pois, a excitação da cellula nervosa pelo facto da hypertensão no primeiro caso, é contrabalançada pelo effeito paralysante da stovaina, que por sua vêz, cremos e com vantagem, diminue a hypersecreção da arachnoide pelo contacto desta serosa com um corpo extranho. Modificando por estas duas formas a hypertensão, a stovaina irá necessariamente prevenir ligeiros accidentes como cephaléas e hypertemias, reputados como consequencia das rahianesthesias. A sensibilidade ao calor ou thermica desapparece ao mesmo tempo que a sensação dolorosa, não tendo o doente a menor noção do instrumento com o qual está sendo operado. Há entretanto, casos, nós os temos observado nas thermo-cauterizações de

cancros venereos e de vegetações, em que existe uma especie de desorientação na percepção da sensibilidade thermica, ou si assim podemos nos exprimir, há uma verdadeira perversão da sensibilidade ao calor, porquanto os doentes accusam a sensação produzida pelo thermo-cautério como uma sensação de frio. Transformar a sensação da faca de um thermo em ignição, onde há calor e calor excessivo, em sensação de frio, outra classificação não nos mereceu do que a de—perversão da sensibilidade.

## APPARECIMENTO DA ANESTHESIA

O apparecimento da anesthesia é, por sua vêz, muito variavel indo dêsde as manifestações quase immediatas até as que sómente são observadas depois de uns déz minutos, podendo-se dizêr, de um modo geral, que o tempo médio do apparecimento da anesthesia é de três á cinco minutos.

Entretanto são raros os casos em que a anesthesia gasta déz minutos para se manifestar.

O doente, quase immediatamente após a injecção, accusa dormencia nas pernas, estas como que pezadas, seguindo-se logo uns formigamentos, prova de que a acção da stovaina está manifestando-se e cada vêz mais accentuando-se. Depois o doente perde inteiramente a noção de suas proprias pernas e de pezadas que há pouco se lhe affiguravam, agóra não mais as sente, ficando como se não existissem.

Esta sensação especial valeu a que alguem a cognominasse de secção temporaria da medulla. No momento de operar para nos assegurarmos da anesthesia, podemos pesquizar a sensibilidade do doente, pinçando as diversas regiões, sem contudo preveni-lo do que vamos fazêr, porquanto é muito commum os doentes affirmarem que soffrem ao se lhe interrogar, quando effectivamente a anesthesia é completa e nada sentem absolutamente.

Diz o Prof. Kendirdjy, «sigo sempre a regra de nunca per-

guntar ao paciente se lhe dóe ou se sente o contacto de uma pinça, de preferencia a de Kocher, com a qual pesquizo a sensibilidade nas diversas regiões: si a sensibilidade está intacta, não esperará que se o interrogue para manifestar sua dôr, seja por um grito, seja por uma retracção brusca do corpo. Ao contrario si há anesthesia completa, não sente dôr nem o contacto, o que prova que toda sensibilidade, mesmo a tactil, desapparecêra».

Temos, finalmente, na paralysia um phenomeno de grande importancia e de real certêza para nos guiar sobre o estado da anesthesia do doente. Assim toda vêz, que a paralysia se tiver manifestado, podemos garantir, pois assim sempre temos observado que a anesthesia está feita, se bem que a reciproca não seja verdadeira, isto é, que haja casos de anesthesia sem paralysia, mas havendo paralysia a anesthesia é constante.

Isto prova theoricamente que a stovaina age primeiro sobre as raizes sensitivas e seus ganglios, e em seguida sobre as raizes mòtoras, tendo uma acção muito mais manifesta sobre as primeiras.

A anesthesia começa sempre, qualquer que seja a dóze, pelo perinêo e orgãos genitaes, para então se estendêr, de um lado aos membros inferiores, do pé á raiz da coxa, e do outro lado, á região super-pubiana, e todos actualmente assim pensam, porquanto a anatomia vem cabal e positivamente nos explicar. Assim é que a anesthesia pela rachistovainisação é uma anesthesia de origem radicular e localizada, e, sendo a puncção feita na região lombar, a stovaina, tendo-se em consideração a maior densidade da solução injectada, deverá agir primitivamente sobre as raizes—as mais baixas da cauda do cavallo—, isto é, a quarta e a terceira sagradas que innervam os orgãos genitaes externos e o perinêo, passando, em seguida, a segunda e a primeira sagradas e á região lombar, isto é, aos membros inferiores.

É a innervação radicular, muito bem estudada por Thornburn e Kocher, que prova e nos explica o facto de nunca têrmos obser-

vado um só caso em que o inicio da anesthesia não fôssem o perinêo e os orgãos genitaes externos.

O limite superior da anesthesia é, relactivamente, de extrema variabilidade, dependendo de causas multiplas, já inherentes aos proprios individuos, já oriundas da dóze injectada. Um facto seriamente interessante é que, na parte superior até onde quer que chegue a acção da stovaina, a anesthesia não se termina bruscamente, repentinamente, isto é, não se passa de uma região de completa anesthesia para uma outra região na qual a sensibilidade estêja intacta. Há, entre as duas regiões, uma zona de sensibilidade particularmente alterada, muito bem estudada por A. Rabourdin, em sua these Topographia das Alterações Sensitivas—, e denominada zona de hypoesthesia, de extensão variavel. Este facto levou Chaput a dizêr que, «a anesthesia é imperfeita quando se opéra em zonas limitrophes». Da mesma forma superiormente as alterações sensitivas produzidas pela stovaina não se fazem ao acaso, pelo contrario, obedecem á uma distribuição certa e altamente curiosa.

Com a dóze de cinco centigrammas, por exemplo, pesquizando-se com cuidado, temos: anesthesia perineal completa, analgesia até a espinha iliaca, uma zona de hypoesthesia, attingindo pouco mais ou menos ao umbigo e em fim a sensibilidade perfeita e normal. É nesta zona de analgesia que, como diz Chaput, «a anesthesia é mediocre nos medrosos e nos nervosos, que, muitas vêzes, se queixam do contacto dos dêdos ou de qualquer objecto, não sentindo a incisão nem a picada».

«Isto, ainda diz elle, prova que, nestes doentes a dôr é exclusivamente psychica e devido á auto-sugestão». O desapparecimento da acção da stovaina também se faz de um modo singular, guardando as diversas zonas essa superposição adquirida até o seu desapparecimento completo. A zona de hypoesthesia substitue a de analgesia, esta a de anesthesia que desapparece e assim successivamente.

Em geral o limite superior da anesthesia estando na razão directa da dóze, como termo médio, com uma dóze de quatro centigrammas, podemos dizêr que corresponde a um plano transverso que passe pelas duas espinhas iliacas antero-superiores, sem contudo, querermos dar a este plano, a menor fixidêz. A extensão da anesthesia é, com effeito, variavel segundo os individuos e o campo anesthesiado tanto mais vasto quanto mais elevado fôr a dóze de stovaina, embóra o Prof. Kendirdjy, affirme que esta regra nada tem de absoluto, e nós também o cremos, porquanto outro é o nosso fito que o de querermos dar este absolutismo a um phenomeno dependente de causas numerosas, entrando em jôgo além de outras, as constituições individuaes de cada um e o não podermos garantir por uma injecção que é feita inteiramente ás cégas.

Não poderá, por exemplo, com uma dóze elevada, um pouco da solução de stovaina perder-se no espaço peri-dural, e subtraindo-se á anesthesia inutilizar qualquer vestigio deste absolutismo?

É muito provavel e logicamente acceitavel. A questão da extensão da anesthesia na região superior do corpo: thorax, pescôço e cabêça, foi muito bem estudada pelo Prof. Chaput, que com a cocaina e depois com a stovaina, já obtêve um grande numero de anesthesias elevadas com successo, e para mais uma prova de que o limite superior da anesthesia varia com a dóze, temos que em todas as suas observações, a proporção das anesthesias elevadas augmentava na razão directa da dóze. Mas, se a questão da dóze, é de grande importancia para explicar o limite superior da anesthesia, é preciso egualmente não nos esquecermos da sensibilidade especial de cada um relactivamente á stovaina.

Há um facto, raramente observado, mas que não deve passar desapercebido na anesthesia pela stovaina.

Em pleno campo de uma anesthesia perfeita, observamos, raramente bem já o dissemos, uma pequena região que outra não é que a falada zona hyperesthésica de alguns autôres, na qual a sensibilidade está sómente attenuada senão intacta. O Prof. Ken-

dirdjy cita o caso de que, «em um doente com tuberculose cutânea da região glutea esquerda, da dóbra genito crural e metade correspondente do escrôto, que tinha na parte superior da região interna da côxa esquerda, uma zona circular, de uns seis centimetros de diametro, ao nivel da qual a sensibilidade era quase intacta.

Este mesmo doente, com quinze dias de intervallo, soffrendo duas intervensões, e por conseguinte duas rachistovainisações, o mesmo phenomeno se reproduziu sem que, continúa elle, nada o podesse explicar aos nossos olhos e sem que a região symetrica fôsse também attingida». Em as nossas observações tivemos um caso mais ou menos semelhante.

Em um doente com aneurisma do tronco tibio-peroneal esquerdo, no qual foi feita a ligadura da femoral no vertice do triangulo de Scarpa, pelo Dr. Pacheco Mendes, a sensibilidade era sómente attenuada neste ponto, com anesthesia e paraplegia, aquella um pouco retardada, nas outras partes das regiões circumvizinhas.

A persistencia da dôr testicular é um outro facto que deve prendêr a nossa attenção. Frequentemente, durante a cura radical de uma hernia inguinal ou de uma hydrocéle vaginal, enquanto que a pelle e os planos profundos são inteiramente insensiveis, tracções feitas nos testiculos e nos cordões, provocam dôres vagas, comparadas pelos doentes á colicas, localizadas na altura do abdomen.

Também temos observado, si bem que mais raramente, a persistencia da dôr nas manipulações do epiploon durante as laparotomias. Em uma hysterectomia vaginal que assistimos, observamos que a doente que não sentia as incisões primitivas no collo do útero assim como as ligaduras nem tão pouco a amputação, accusava, no entretanto, dôr, toda vêz que faziamos a menor tracção, dôr que localizava na região abdominal. Sómente podemos dizêr, como o Prof. Kendirdjy, «sêr uma questão de innervação especial que subtráe estes orgãos á acção da stovaina,» e é assás

prudente, ficarmos de sobreaviso, para toda vêz que isto succedêr, têrmos a verdadeira explicação e não incriminarmos a anesthesia que, muita vêz, é a mais perfeita.

## DURAÇÃO DA ANESTHESIA

A anesthesia demora-se em geral, de quarenta minutos á uma hora, permettindo assim a maior parte das intervenções.

Temos aproximadamente um maximo de uma hora e meia e um minimo de quarenta minutos, tempo este em que se pode fazêr a maior parte das operações (senão todas) que se praticam na metade inferior do corpo.

Original e attrahente é, diz o Prof. Kendirdjy, «a persistencia da anesthesia espontânea, mesmo quando a anesthesia cirurgica tem já desapparecido.» E cita então, o exemplo de «um doente de 30 annos, com hydrocéle vaginal, no qual o Prof. Humbert fêz, após a punção lombar, uma injecção de tintura de iodo na vaginal.

A injecção como era de esperar com a rachistovainisação não foi sentida, porém, mesmo algumas horas após a operação, o doente não accusava no escrôto, vermelho e tumefeito, nenhuma dôr, apesar do apparecimento da sensibilidade cutânea e dos movimentos musculares.

Isto, continúa elle, nos explica que um grande numero de doentes não se queixam da sua ferida nas 24 horas que se seguem á intervensão.

Há alguem que diga têr observado a anesthesia durar mais de dois dias; nós, no entretanto, nas nossas observações, não vimos nenhum caso em que a anesthesia chegasse ao dia posterior ao da operação.

A ausência de anesthesia, todos que se tem occupado do assumpto, attribuem-na á deffeito, por minimo que seja, de téchnica e nós, egualmente, assim pensamos, tendo de um lado a constante

e invariavel insensibilidade passivel do systema nervoso e do outro lado o podêr anesthésico sempre observado da stovaina.

Podemos incriminar uma idiosycrasia?

Pelos factos observados cremos sêr veridica e bem fundada a nossa resposta formalmente negativa.

Assim, em um doente que soffre duas injecções lombares, na primeira a anesthesia é perfeita e completa, na segunda é incompleta ou nulla, como explicar o facto?

Poder-se-á attribui-lo a uma manifestação idiosycrasica?

Para que assim podessemos pensar, seria preciso estendermos ainda mais o significado da vaga designação de idiosycrasia, crendo além do mais, em uma idiosycrasia de occasião, facto que, não só iria perder-se no mundo das extensões como iria crear também mais amplas accepções a estas vagas designações que, escarnecendo do podêr actual, grande e forte da unicidade, infectam o campo da medicina.

Assim a ausência de anesthesia é o mais leve deffeito de technica.

## PARALYSIA

A paralysia na phrase altamente significativa do Prof. Kendirdjy, «não é um accidente da stovaina, mas sim faz parte do syndroma rachistovainico.» Não são sómente as raizes sensitivas, nós já o dissemos, as attingidas pela injecção de stovaina no canal rachidiano, as môtoras também soffrem sua acção e dahi o phenomeno da paralysia ou melhor paraplegia que se manifesta. Logo após a injecção o doente ainda móve perfeitamente os membros inferiores, porém immediatamente depois, a movimentação vai tornando-se cada vêz mais difficil, até que no fim de alguns minutos, há completa impossibilidade de qualquer acção muscular voluntaria ou involuntaria e temos então uma verdadeira paraplegia fláccida.

Si algumas vêzes o doente, a nosso pedido, consegue fazêr um

ligeiro movimento, emprega o mais exaggerado esfôrço e executa um movimento inteiramente desordenado: a perna caindo com todo pêso, bamba, sobre a mêsa quando tenta levanta-la.

Um dos musculos, nos membros inferiores, mais depressa attingido, é o triceps femoral: em quanto a acção voluntaria dos musculos da côxa não mais se executa, o doente ainda reage pelos reflexos plantares.

A intensidade da paralysia não é peculiar a cada individuo, mas sim, está na razão directa da dóze empregada: quanto maior a dóze tanto mais pronunciada e extensa a paralysia. Concomitantemente com a paraplegia há o desapparecimento completo dos reflexos, não existindo mais a menor reacção por mais que os excitemos.

Os esphincteres não se furtam também á acção da stovaina, no entretranto a incontinencia das materias fecaes é rara, infinitamente mais que com a cocaina, irrealizável mesmo, se temos o cuidado de purgar o doente antes da intervensão.

A incontinencia é attribuida por alguns a uma paralysia concomitante da musculatura intestinal, por quanto o recto é igualmente anesthesiado.

A paralysia manifesta-se da mesma sorte para o lado da bexiga, sómente podendo o doente urinar livremente duas horas depois da injecção.

A retenção de urina, além do tempo determinado é rara, tendo sómente nas nossas observações dois casos ligeiros, e estes em operação de hernia e hemorrhoidas, podendo-se assim facilmente explica-la pela impossibilidade do doente de fazêr qualquer esfôrço, necessario para impellir a urina á vencêr o esphincter vesical, não mais paralysado.

A rachistovainisação além dos grandes serviços prestados á cirurgia, vai tambem nos auxiliar poderosamente na reducção das fracturas, na correlação assás feliz da anesthesia e da paralysia.

Não observamos sómente a resolução muscular semelhante a que obtemos com o chloroformio ou com a cocaina, mas também,

facto importante, a impossibilidade em que se acham os musculos de reagir por meio dos reflexos ou voluntariamente.

Acha-se assim realizada a secção physiologica da medulla e em consequencia paralysia sensitivo-motôra dos membros inferiores.

## ACÇÃO SOBRE O MUSCULO UTERINO

Apesar de nenhuma observação têrmos do emprego da stovaina em obstetricia, parece-nos no entretanto de real interesse, fazêrmos algumas considerações si bem que ligeiras, attendendo a sua acção especial sobre o musculo uterino.

Foi Chartier, quem em um estudo apurado e com excelsa competencia, comprovou as propriedades ocytocicas deste corpo. Em quanto que, com a injecção de stovaina, os musculos do territorio da anesthesia acham-se paralysados, sómente, feliz contraste, o musculo uterino se põe em ordem franca de trabalho, entra em contracção.

Comprehendemos perfeitamente o extraordinario alcance desta acção especial da stovaina, já facilitando o trabalho propriamente do parto, o útero trabalhando contra menor resistencia, já diminuindo ou mesmo insensibilizando as contracções dolorosissimas do musculo uterino, já finalmente, prevenindo accidentes dos mais communs e dantes inevitaveis—as dilacerações do perinêo e da vagina—por diminuição da tonicidade destas partes e como tal melhor relaxação, fazendo desapparecêr assim, com um hosannas indefinido de louvores, as mais apreciadas das intervenções após os partos—as perineorraphias.

Além do emprego da stovaina facilitar o exame aprofundado da escavação pelviana e o deslocamento dos ramos do forceps, podemos nos utilizar das suas propriedades ocytocicas nos casos de enfraquecimento uterino, ameaçando prolongar além do normal o trabalho do parto. Não podemos incriminar a stovaina, como a ergotina, de sêr a causa possivel de retenção placentaria por con-

tracções anormaes, porque sua acção não se prolonga além de uma hora e quinze minutos, em média.

Inteiramente de parte todo este podêr excitador da contractilidade uterina, a rachistovainisação pode têr uma acção provocadôra desta contractilidade, donde a sua formal contra-indicação, como anesthésico cirurgico, nas mulheres gravidas.

Estudo sublime e admiravel, mas infelizmente ainda pouco conhecido, o muito que tivessemos, dar-te-iamos, com a franqueza serena das almas que padecem, para, na grandiosa excitação de espiritos mais cultos e desenvolvidos, chegares solemnemente, perfeitamente, aos páramos luminosos dessa gloria que é toda tua, na confidência engenhosa e intima da Sciencia com a Naturêza, no alvorecêr extraordinariamente grande de um beneficio eterno e enorme á Maternidade!

A naturêza não é egoista e difficil seria crê-lo, tendo-se a prova efficiente na acceitação vivace e vigorosa do auxilio autêntico da sciencia naquillo que reconhece têr sido barbara e desarrazoadamente precaria.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Eis aqui o pouco que podemos dizêr do muito que há sobre o emprego da rachistovainisação em obstetricia

# Accidentes da Rachistovainisação

---

Grande impressão e profundos receios causou em toda parte onde se ensaiava praticar pela primeira vêz o methodo da rachianesthesia e assim sómente poderia acontecêr, porque as grandes trajectórias são as dos astros mais luminosos.

Não em tempo longo, essa impressão e esses receios desvaneceram-se em presença da acceitação universal que foi tendo o nôvo methodo, considerado, quase pelo mundo scientifico, bom pelos seus effeitos anesthésicos e benigno, senão innócuo, pelos seus accidentes, os quaes de insignificantes que eram, cada vêz mais, se resumem em vista do desenvolvimento pelo qual vai passando a sua téchnica, cuja innocuidade está na razão directa do seu aperfeiçôamento.

Os accidentes que se observam após uma rachianesthesia, classificam-se, segundo a época do seu apparecimento, com grande numero de autôres, em accidentes immediatos, que sobrevêm no momento da operação; consecutivos ou se quizermos melhor, sub-immediatos, (pois que consecutivos todos são) manifestados nos primeiros dias que se seguem á operação; e finalmente os tardios, observados posteriormente, em consequencia, outra não é a sua explicação, de uma lesão qualquer, maior ou menor, para o lado do systema nervoso.

Este ultimo grupo, o mais temivel dos três, pelas suas consequencias e pela insignificancia dos outros, criado pelo Professor

Tuffier para as rachianesthesias, se nos afeiçôa ainda hypothético e figurado para rachistovainisação, porque ainda não tem nenhum cunho de verdade, indispensável em uma consideração de tão grande e elevada importancia, a realidade dos accidentes tardios nos rachistovainisados.

Incriminações extranhas têm havido, mas, serão seguramente feitas e seriámente interpretadas? Não haverá um pouco de bôa vontade contraria ou uma concomitância de acontecimentos?

Aqui na Bahia pelo menos, onde só existe um Hospital de Caridade na Capital, e onde os espiritos que por lá dentro andam, pôr seu *elevado altruismo* e *fidalgo cavalheirismo*, não se conservam absolutamente indifferentes as mais pequeninas cousas em casos congeneres, porém muito pelo contrario, tudo aquillo se afigura, como um preito de homenagem á Marconi, uma grande e verdadeira Repartição Central de Telegrapho sem fio, em seguramente trezentos casos, que, há três annos se têm praticado, nenhum accidente tardio foi observado imputavel á stovaina.

Não é razoavel que em um numero já não pequeno de casos, n'um espaço de tempo longo, como o de três annos, qualquer manifestação consequente e pathologica se manifestasse e que esses doentes, na contingencia de sómente existir um Hospital, máo grado seu mesmo, cousa inacreditavel, fôssem facilmente encontrados?

Ajudam-nos felizmente o são raciocinio e a bôa logica.

O proprio Tuffier, criadôr do grupo dos accidentes tardios, diz, «durante oito annos de clinica no Hospital, onde encontrei por varias vêzes meus operados, jamais observei algum accidente nervoso, duravel ou afastado, imputável a este modo de anesthesia e ficaria muito satisfeito si os meus collegas apontassem um só dos meus doentes que tivesse tido accidente deste genero».

Diante de factos desta ordem, sómente por si, capazes da proclamação de um methodo, não nos coadunamos, não encontramos uma explicação plausivel, a não sêr a sequencia rotineira, para a grande repulsa que soffre a rachistovainisação no nosso meio.

Os accidentes immediatos, manifestando-se no periodo anesthésico, outra causa não traduzem que a intoxicação produzida no organismo pelo alcaloide injectado, mais especialmente accentuando-se ao nivel dos centros nervosos.

O modo escasso pelo qual se apresentam estes accidentes, é a prova veridica e certa do quanto é fraco o podêr toxico da stovaina, o que testemunha mais uma vêz sua superioridade.

Os accidentes, pertencentes aos primeiros periodos post-operatorios e por nós denominados sub-immediatos, dependentes, como quase todos assim pensam, de uma reacção das meninges, têm extraordinariamente se resumido, graças ao aperfeiçôamento da téchinca e o adoptar-se uma solução isotonica, e como tal melhor supportada ao contacto com aquellas membranas.

Observamos, com grande satisfação para nós, o progresso vertiginoso pelo qual vai passando a rachistovainisação, livrando-nos deste cortêjo, assás desagradavel, de accidentes tanto immediatos como consecutivos que de há muito trazia a rachicocainisação.

O Prof. Kendirdjy, após um estudo criteriôso e sério sobre trezentos e muitos casos de sua observação pessoal, resume os accidentes da rachistovainisação na fórmula seguinte: «accidentes immediatos nullos, accidentes consecutivos nullos ou quase nullos,» e diz mais que a «ausência de accidentes immediatos mostra de um modo indiscutivel a superioridade esmagadôra da stovaina sobre a cocaina».

Feita a classificação dos accidentes, de acordo com os autôres e com o nosso modo de pensar, vamos entrar na descripção dos que meticulosamente presenciamos nas nossas observações.

Os accidentes que mais commummente observamos com o emprego da rachistovainisação, fôram as cephaléas que, quase sempre ligeiras, nunca presenciamos irem além do terceiro dia, tornando-se o seu apparecimento prodigiosamente decrescente, uma vêz que, na occasião da puncção, seguimos o conselho sábio e prudente de retirar uma certa quantidade de liquido, seis centimetros cubicos.

O Prof. Chaput, guiado pelo critério da sua longa pratica, diz-nos que, no caso de apparecimento da cephaléa, a despeito mesmo da extracção de certa quantidade de liquido, uma puncção posterior, em franco periodo da cephaléa, subtrairdo-se uns déz centimetros cubicos de liquido, faz cedêr as mais rebeldes das suas manifestações. Em as nossas observações nunca praticamos a puncção posterior, recommedada pelo Prof. Chaput, porque as cephaléas manifestadas não só eram, na maior parte, ligeiras como não se prolongaram além do terceiro dia. Estas cephaléas que facilmente se acalmam com a puncção evacuante, têm como causa, ao nosso modo de vêr, um augmento na tensão do liquido devido a uma hypertensão, não irritativa como querem alguns, mas reaccionária das meninges.

As rachialgias que ás vêzes accompanham as cephaléas, outra causa, em grande numero, não têm que, a picada do plano que vai da pelle até o canal, sendo vagamente interpretadas pelos doentes. São como as cephaléas passageiras.

A retenção de urina tem sido considerada como consequencia da stovaina, mas no entretanto, a causa que a determina é provavelmente outra. Assim é que, sómente temos observado casos de retenção de urina, em doentes operados de hernia e hemorrhoidas, nos quaes, o esfôrço, muito embóra pequeno, necessario para, vencendo o esphincter vesical, impellir a urina, lhes é impossibilitado pela dôr. Este facto é tanto mais veridico quanto a sua manifestação nestas operações póde sêr apreciada, não importando qual o meio da anesthesia, mesmo com o chlorofórmio.

Tem-se pretendido incriminar a rachistovainisação, entre outros Schwartz, de determinar uma albuminuria consecutiva.

As pesquizas do Prof. Kendirdjy e as que fizemos nas nossas observações, estão inteiramente em desharmonia com esta opinião, porquanto nenhum caso de albuminuria consecutiva presenciamos. Esta desharmonia torna-se cada vêz mais accentuada e nitida, quando os conhecedôres do assumpto sustentam e proclamam sêr

precisamente a ausência de alteração renal que constitue uma das grandes superioridades da stovaina sobre a anesthesia geral que perturba profundamente a nutrição e a excreção urinarias.

A stovaina como anesthésico lombar, têm sido accusada de produzir a paralysia do musculo recto externo do ôlho.

O facto, si veridico, é tão raro quão difficil de se explicar e por nossa vêz, nenhum caso observamos. Adam, de Munich, diz têr praticado mil e setecentas rachistovainisações e não observou nenhum caso semelhante.

Quanto á paralysia motôra dos membros inferiores, pela qual Hermes, assistente de Sonnemburg, critica a stovaina, nós, com o Prof. Kendirdjy consideramo-la como fazendo parte integrante do syndroma rachistovainico, e que, longe de sêr um ponto fraco do methodo, constitue, particularmente na reducção das fracturas, uma vantagem extraordinaria, contrastando com os movimentos violentos e desordenados do inicio da narcose chlorofórmica e com o tremôr exagerado da rachicocainisação.

As nauséas e os vomitos, quase que desappareceram como accidentes operatorios com o emprego da stovaina como anesthésico, pois de frequentes que eram com o chlorofórmio, tornaram-se quase nullos, sendo raramente observados.

O desapparecimento das syncopes, accidentes communs da rachicocainisação, do quadro dos accidentes da rachistovainisação, muito facilmente se explica por uma acção especial — vaso-dilatadôra — da stovaina, comprovada por todos, permittindo assim mais franca e facil irrigação cerebral, a ponto de nenhum inconveniente havêr em operarmos qualquer rachistovainisado sentado. Syncopes propriamente ditas, nenhuma vêz, foram por nós observadas, mas, no entretanto, convem ficarmos de sobreaviso para um facto, que embóra raramente, póde ser notado: no momento da puncção, quando ainda não terminavamos de injectar a stovaina, duas vêzes observamos, não sabemos si pelo mêdo de que geralmente, com justificável razão, se apoderam os doentes que vão sêr

operados, si pelo apparato todo estranho da occasião, ou si finalmente pela posição um pouco forçada para um bom exito na puncção, ligeiras lipothymias que facilmente cederam, uma vêz que despertamos a attenção dos doentes, dizendo-lhes que nada iriam sentir, que não soffreriam cousa alguma.

A incontinencia de fézes que póde, si bem que difficilmente, sêr observada nas grandes operações, attendendo á acção da stovaina sobre os esphincteres, de modo facil se a supprimirá, tendo-se o cuidado de, préviamente como é de regra, purgar os doentes.

Para terminar este capitulo transcreveremos aqui, relatando todos os accidentes decorridos, a estatistica dos casos por nós observados. Si não é inteiramente satisfactória a nossa estatistica, porquanto tivemos um caso fatal, muito embóra pela falta (justificavel da nossa parte por influencia do meio) de exame posterior, grandemente necessario nestes casos, não ficasse cabalmente provado têr sido «um falso passo do methodo», contudo a insignificancia dos accidentes apresentados, resumindo-se quase sempre, em ligeiras cephaléas, a grande lucidêz de espirito dos doentes, conversando e externando-se satisfeitos durante as operações, a extraordinaria commodidade do methodo nas operações correntes, já resumindo os ajudantes e reduzindo os apparatos, já livrando os doentes de uma enorme prostração e de um grande abatimento como o determinado pela anesthesia chlorofórmica, nas pequenas intervenções, tudo isto leva-nos a acreditar, a crêr, sem no entretanto sêrmos tão exclusivistas como alguem já o foi, de que: a rachistovainisação é a anesthesia do futuro. Seria realmente a stovaina a causa do caso fatal que tivemos? Como o fêz?

Pela posição de Trendenlenburg, por uma deslocação brusca no liquido ou por uma dóze elevada? A primeira pergunta, a que com mais interêsse toca o caso, foi-nos vedada a resposta scientifica, unica razoavel e acceitavel em taes casos, com a escusa do exame posterior necessario para tal fim. Negada estando a primeira

pergunta, há exclusão completa das outras, mas, mesmo assim, entremos em apura-las.

Podemos attribui-lo á dóze? Cremos que não, porque foi sempre a mesma nas dezaseis laparotomias praticadas, e, onde os accidentes das outras?

A suspeita cabe á deslocação brusca do liquido? Absolutamente não, porque no nosso modo de entendêr, esta questão de desequilibrio brusco no meio cephalo-rachidiano, desequilibrio que os autôres recommendam para preveni-lo, effectuar a mudança na mêsa com sábia lentidão, não tem a menor importancia, por não passar tão sómente de supposições theóricas. Ora, si na realidade, este desequilibrio existisse e se effectuasse com tanta facilidade, o que seria de todos nós constantemente em movimentos mais bruscos e mais violentos?

No entretanto a posição de Trendenlenburg soffre, para nós, justa incriminação pela anesthesia possivel do bulbo e dos centros respiratórios, sendo realmente nesta occasião que o accidente se manifestou, parando em primeiro logar a respiração.

Tem effectivamente nas laparotomias o methodo este inconveniente de não se podêr usar de modo franco a posição de Trendenlenburg, aliás de muita utilidade nestas operações. O Prof. Chaput, no entretanto, recommenda-a para a obtenção de uma anesthesia mais extensa.

Scientificamente não ficou provado para nós a incriminação absoluta da stovaina no nosso caso. Todo cirurgião que, em presença de casos similhantes, pelos quaes fatalmente hôje ou amanhã terá de passar, fôr abandonando o methodo empregado, na esperança de encontrar um outro de uma innocuidade absoluta, que seria aliás o seu ideal, ver-se-á cercado de illusões e de chimeras, porque o absoluto não passa de illusão e de chimera e o ideal, tão ingenhosamente decantado, não é dado alcançar pela humanidade!

Si fôrmos abandonar um methodo, que em duzentas e tantas intervenções, as praticadas pelo Dr. Pacheco Mendes, quem

6

sómente tem empregado a rachistovainisação na Bahia, ([1]) das quaes pessoalmente assistimos as que se seguem, por apresentar um caso fatal, cairemos necessariamente na anesthesia antiquada, sómente hôje lida em alfarrabios caducos,—a anesthesia da fôrça.

A nossa estatistica consta de cento e setenta rachistovainisações, sendo praticadas as seguintes operações:

| | |
|---|---|
| Laparotomias | 16 |
| Talhas hypogastricas | 14 |
| Circuncisões | 33 |
| Thermocauterizações | 17 |
| Curas radicaes de hydrocéle | 7 |
| Curas radicaes de hernia | 6 |
| Amputações | 9 |
| Amputações de penis | 12 |
| Prostatectomias | 2 |
| Resecções | 4 |
| Decorticação de penis | 5 |
| Ablação de ganglios | 1 |
| Cystoscopia | 1 |
| Protoctomia | 1 |
| Urethrotomias internas | 4 |
| Osteotomia linear | 1 |
| Emasculações unilateraes | 2 |
| Curetagens | 8 |
| Aberturas de abcessos | 4 |
| Cystotomia provisória | 1 |
| Sutura da rótula | 1 |
| Hysterectomias vaginaes | 2 |
| Uretrectomia | 1 |
| Operações diversas | 18 |
| Somma | 170 |

([1]) Consta-nos que ultimamente o Dr. Oscar Teixeira já a vae empregando na sua clinica particular.

Abstração feita do nosso caso fatal da laparotomia, os accidentes que observamos fôram os mais diminutos, incitando-nos e encorajando-nos á proclamação do methodo que descrevemos e acceitamos.

As náuseas e os vomitos, accidentes terriveis para os doentes e para o operadôr, principalmente nas intervenções abdominaes, quase que desappareceram, pois sómente observamos dois casos de náuseas e três de vomitos, sendo estes ultimos nas manipulações do epíploon e dos intestinos. Os rachistovainisados nunca apresentam tendencias á syncopes, conservando sempre, quando convencido do effeito anesthesiante, a face normal, o aspecto calmo e alegre, conversando prazenteiramente com as pessôas que os cercam, ás vêzes mesmo sobre as suas operações.

Como accidentes consecutivos de mais frequencia, tivemos as cephaléas, observadas em trinta e seis casos, as quaes, muito embóra passageiras, em déz casos manifestaram-se com certa intensidade. Em nenhum destes casos recorremos a puncção posterior evacuante, porque manifestação alguma foi além do terceiro dia.

Um facto de grande importancia na frequencia do apparecimento das cephaléas, é que, a maior parte dos autôres recommenda como meio de preveni-las, o repoiso no leito e a posição horizontal por uns dois dias após as intervenções, e no entretanto, a maioria dos nossos doentes, salvo os que as operações não permittiam, levantava-se e andava á tarde no mesmo dia da operação.

Tivemos poucos casos de hyperthermias e na phrase do Prof. Pouchet, a stovaina gósa de propriedades antithermicas.

Apresentaram-se três casos de anesthesias tardias e fracas e dois de anesthesias nullas. Como interpretá-los? Sómente occorre-nos uma idéa, a de qualquer incidente na puncção por menor e imprevisto que seja.

Das dezaseis laparotomias praticadas, quatro fôram terminadas com o auxilio do chlorofórmio por havêr grandes adherências, prolongando-se portanto a operação além do tempo anesthésico da stovaina. Mas, assim mesmo, uma vantagem ainda evidenciava-se,

a menor quantidade de chlorofórmio conduzia a doente calma e anesthesiada até o fim da operação. Em dois casos, um operado de hemorrhoidas e outro de hernia, manifestou-se retenção de urina, que, de outro modo muito differente que pela acção da stovaina, póde sêr interpretada, nada mais sendo que, como já dissemos, a impossibilidade de, o doente fazêr qualquer esfôrço, sem que lhe provoque dôres.

Para terminar, sem falarmos mais em Tuffier, Chaput, Kendirdjy e Bier, defensôres calorosos da rachistovainisação, daremos as opiniões de mais alguns autôres que com verve, vigôr e viço, têm elevado a altura merecida o supremo methodo. Sonnenburg e Friedrichs sómente adoptaram e com fervôr a anesthesia lombar devido ao apparecimento da stovaina. Fritz König diz que, com a stovaina «as perturbações immediatas e consecutivas são menos apreciadas e a anesthesia melhor».

Brusse a tem como conservadôra melhor do pulso. Tilmann como o melhor dos anesthésicos conhecidos. Pochhammer, de Greifswald, exalta as suas extremas vantagens em um artigo muito criterioso e Penkert, assistente de Krönig, em Fribourg de Brisgau, após uma estatistica bem elevada, insiste em um artigo recente, sobre a superioridade da stovaina relativamente á cocaina, á alypina, á tropacocaina e á novocaina. Saxtorph, de Copenhague, depois de têr praticado um numero elevadissimo de rachistovainisações, declara-se encantado pelo nôvo methodo e recommenda-o calorosamente.

E assim mais pensam Beckel, de Strasbourg, Madelung, Cahn e finalmente a todos estes ajunta-se e corporifica-se o pensamento forte e justo do mundo scientifico.

# Indicações e Contra-indicações

INDICAÇÕES.—Aqui mais uma vêz a razão está ao nosso lado, porquanto da súmmula que esta parte constitue, resáe, se nos afigura que o campo das indicações é amplo e vasto como pequeno e restricto é o das contra-indicações. A rachistovainisação tem, com grande numero de autôres, no nosso modo de vêr, a mais completa indicação nas operações infra-umbilicaes e as nossas observações provam a veracidade deste facto, mostrando, no mais ligeiro estudo comparativo que nellas fizermos, a indicação das intervenções indifferentemente no môço e no velho como no fraco e no forte, com resultados eguaes.

Os detractôres da rachistovainisação e aquelles que se conservam neste meio termo desprezivel—entre a affirmação e a duvida—, são acordes em indicar a rachianesthesia, quando, dizem, a anesthesia chlorofórmica é absolutamente contra-indicada.

Clamorosa injustiça! bafeja-te a inconsciencia ou o orgulho humano?

Ora, valha-nos um pouco de leve raciocinio, um methodo que tem a sua indicação nos casos perdidos (a expressão é nossa) da anesthesia geral, e que, como para súpplantar o sarcasmo deste nefasto modo de externar uma indicação, de perdidos transforma em salvos estes casos, tem ou não as suas glorias, merece ou não as nossas acclamações?

Á proposito transcreveremos para não muitas citar, duas observações apresentadas pelo Prof. Tuffier, as quaes de um modo cabal nos vêm provar que a stovainisação é um methodo embóra nôvo, mas de indicações vastas e de diminutas contra-indicações, e que, muito ao contrario do que pensam os que della não se occupam, deve têr o seu logar na therapêutica cirurgica, entre a anesthesia geral e a anesthesia local, para mais brilho e esplendor ao seu engrandecimento e ao seu levantamento scientifico.

Na primeira observação tratava-se de uma mulher de 34 annos, que soffria de appendicite com salpingite direita, a qual o Dr. L. Faure havia tentado operar, submettendo-a á chlorofórmização.

Duas vêzes esta doente que tinha uma insufficiência aortica, apresentára durante a anesthesia accidentes táes que o obrigaram á suspender a operação. Nestas condições foi-lhe aconselhado o repoiso, uma vêz que sua lesão era compativel com a vida.

Consultado o Prof. Tuffier, por indicação de L. Faure, ficou resolvido após um exame minunciôso, que a doente seria operada com a stovainisação lombar. A rachistovainisação foi feita habitualmente e o pulso a encargo de um ajudante. Tinha na occasião, ainda diz elle, o necessario para sustêr um accidente syncopal, que, como sabemos, são cafeina em injecção hypodermica e, como recommenda o Prof. Chaput, sôro physiologico em injecção intravenosa.

Tudo se passou com a maior simplicidade; o coração não têve um falso passo e a doente não apresentou accidentes consecutivos nem tardios, pois a vi ainda um anno depois da operação.

Na segunda observação tratava-se ainda de uma doente, com 48 annos, e tendo um cancro no collo do útero, bem limitado e em começo.

A hysterectomia abdominal, tentada pelo Dr. Prat, de Nice, com a chlorofórmização, nesta doente cardiaca e obésa, foi impossibilitada devido aos accidentes manifestados depois de já têr aberto

até o peritonéu, tendo de fechar apressadamente o abdomen, sem tocar no útero.

Encontrando depois esta doente obésa, fiz-lhe examinar por M. Mauté que confirmou o diagnostico de insufficiência mitral com degeneração do musculo cardiaco. O epithelioma estando ainda limitado e não havendo adherências, podia e devia mesmo operar a doente. Premuni-me das precauções necessarias e fazendo a stovainisação lombar de cinco centigrammas, pratiquei a hysterectomia vaginal. A operação foi um pouco laboriosa, porque a vulva estava relativamente estreita, o côrpo do útero muito volumôso e os annexos adherêntes aos intestinos.

Tudo se passou sem o menor incidente anesthésico ou operatorio. A convalescênça operatoria foi excellente e a doente vinte e um dias depois, saía curada do meu serviço.

Eu posso assegurar egualmente, continúa elle, sobre a existencia de accidentes tardios, porque recebi, seis mezes depois, de Nice uma carta, da qual extraí as seguintes linhas: «depois da minha partida de Paris que têve logar um mês após a minha operação, passo bem, cómo e durmo bem e passeio muitas vêzes, caminhando três kilometros á pé».

Terminaremos estas citações com as proprias palavras do Prof. Tuffier: «um meio anesthésico que permitte effectuar uma operação necessaria e impraticável sem o seu contingente, parece-me, como a todos, devêr sêr conservado na therapêutica cirurgica. Quero e posso declarar-me satisfeito por têr contribuido ao estabelecimento na cirurgia de um progresso incontestável».

Si em casos desta ordem a stovaina, como que fortalecendo o organismo e rehabilitando estes corações, encontra indicação da parte dos mais scepticos, como e por qual principio nega-la, quando o organismo nem o coração, não necessitam de sua acção, nos individuos sãos e robustos?

Para nós de nenhum modo e por nenhum principio explicação existe para similhante maneira de procedêr. A rachistovainisação

tem ainda, ao lado da sua indicação pelo facto da anesthesia completa, a vantagem de conservar intactos os principaes apparêlhos da economia. Si esta vantagem manifesta-se palpável e verídica nos individuos de organização perfeita e sã, maior ainda, salutar mesmo, torna-se nos depauperados e nos enfraquecidos, cuja organização geral e cujos apparêlhos de per si, reclamam contra a anesthesia geral tão nefasta e nociva a cada um delles, como por exemplo, os que soffrem de alterações para o lado do coração, dos vasos e dos rins. O Prof. Kendirdjy diz, «o apparêlho respiratório conserva-se indemne á acção da stovaina: podêr-se-á dizêr outro tanto do chlorofórmio e do ether?

As bronchopneumonias post-anesthésicas, independentes de toda e qualquer infecção operatoria, observam-se diariamente, pondo muitas vêzes a vida dos doentes em perigo. Os proprios Americanos do Norte, para os quaes a etherização é o methodo de escôlha, consideram-na como particularmente perigosa nos doentes que vomitam, táes como os de hernias estranguladas, de occlusão intestinal, de peritonite generalizada, etc., e incriminam também a chlorofórmização, por causa das bronchopneumonias que, quase fatalmente, determina nelles».

Esta ponderação é assás justificável, porque todos nós sabemos quanto o apparêlho respiratório é sensivel á acção do chlorofórmio e do ether.

O apparêlho renal conserva-se egualmente intacto á acção da stovaina e o Prof. Tuffier chegou, após um estudo apurado, á conclusão que, «nenhum anesthésico respeita tão perfeitamente o filtro renal como a stovaina», e nós conhecemos muito bem a acção nociva dos anesthésicos geraes sobre o epithelio dos tubos uriniferos.

Finalmente temos o apparêlho circulatório que do mesmo modo se conserva illeso. Praticamente podemos dizêr, com o Prof. Kendirdjy, pois as nossas observações neste ponto, como em muitos outros, coincidem-se, que a injecção lombar de stovaina não deter-

mina nenhuma modificação apreciável no pulso, e que, se este é um pouco accelerado no começo, provavelmente sobre a influencia da emoção que experimenta o doente, não tarda a se regularizar, e, tanto no meio como no fim da operação, é sempre perfeito. Por outro lado, temos a acção toni-cardiaca da stovaina, posta em evidencia pelo Prof. Pouchet.

Eis as razões sobejas, conhecidas por nós nos livros e na pratica, que nos levam a indicar a rachistovainisação, se não systematicamente, pelo menos de um modo muito aproximado, nas operações do territorio de sua acção de anesthesia, isto é, na metade inferior do côrpo.

CONTRA-INDICAÇÕES. — O negar a contra-indicação considerada no sentido geral, isto é, fazendo-se um estudo comparativo entre a morbidêz dos meios anesthésicos, é facto consummado, uma vêz que, opiniões as mais doutas e reconhecidas, vindas dos centros onde a civilização sempre evolúe, provam, já em discussões nas Sociedades Scientificas, já por meio de estatisticas publicadas em jornaes e revistas, que a mortalidade da rachistovainisação não é, de modo algum, superior a da anesthesia geral, mas que, pelo contrario, a opinião vigente actual, baseada na observação e nos factos, é considera-la inferior. A primeira repulsa que immediatamente soffre a rachistovainisação da parte dos que lhe são infensos, é a determinada pelo archaico e phantastico perigo da puncção lombar. Absolutamente não se coaduna com o verdadeiro pensar scientifico moderno, a abstinência de um methodo incontestavelmente bom, por tamanha e absurda supposição! O recear lesar a medulla em uma puncção lombar é até irrisório, porquanto o conhecimento mais comezinho de anatomia nervosa mostra, de um modo evidente e certo, que no ponto determinado das puncções, não mais medulla existe e sim, a sua terminação — os nervos periphericos —, nos quaes a picada não só é extremamente difficil pela disposição especial da àgulha, como porque, mesmo sendo effectuada, nenhum

mal resultaria, uma vêz que, a cicatrização em lesões tão diminutas se faz rapidamente no tecido nervoso, do mesmo modo que, em qualquer outro tecido da economia.

Além do que, actualmente, a puncção lombar não mais previlegio tem, e, se não quizermos sêr muito extensos, ao menos nas molestias nervosas, não se comprehende, no estado hodierno da sciencia, um diagnostico certo, positivo e preciso, sem o exame prévio do liquido cephalo-rachidiano.

A rachistovainisação, dizem, apresenta dois inconvenientes não dependentes da stovaina, mas do proprio methodo da anesthesia lombar. O primeiro é que os doentes conservam-se conscientes, o que, ás vêzes, não é agradavel a alguns dentre elles. Realmente, mas, se de um lado a anesthesia consciente tem a desvantagem de alguns doentes, não convencidos da anesthesia, não quererem presencear suas operações, por outro lado, temos as deliberações que accidentalmente possam apparecêr na occasião, não estando de modo algum, na alçada de um cirurgião consciencióso e conscio dos seus devêres faze-las, e que são promptamente resolvidas pelos operandos, em perfeita e clara lucidêz de espirito.

Assim em um doente, cujo diagnostico fôsse hydrocéle, o que suppuzessemos que realmente tivesse, mas, aberta a vaginal, ficasse verificado que existia concomitantemente em um dos testiculos uma gomma syphilitica, reclamando a castração unilateral, o que fazêr si o doente estava chlorofórmizado, e si pelo diagnostico, não foi prevenido da operação a que ia sujeitar-se?

Certamente suspender a operação e a chlorofórmização até o desapparecimento completo do somno, sujeitando assim o doente á vomitos e outros accidentes, que podem não só sêr nocivos ao proprio doente como demorar ainda mais a operação, e então, interrogando-o decidir de modo á intervir.

Com a anesthesia consciente—a rachistovainisação—, tudo se resolvia do modo mais summário possivel.

Verificada a presença da gomma do testiculo, o doente era

avisado e esclarecido do que havia, e então promptamente accederia ou não a intervenção, sem que nada viesse perturbar a marcha da operação. O outro inconveniente, assás relativo, attribuido á rachistovainisação, é sómente permittir as operações da metade inferior do côrpo, si bem que o Prof. Chaput tivesse obtido anesthesias geraes, reputadas por nós perigosas, salvando-nos as nossas indicações que são formaes nas operações infra-umbilicaes ou da metade inferior do côrpo ([1]).

A maior contra-indicação, por nós observada, da rachistovainisação são as pessôas pusillânimes e medrosas que, de modo algum convencendo-se da anesthesia, reclamam contra a dôr, quando na realidade nada sentem, tendo-se a prova comprobatória nas propriedades altamente anesthésicas de um pouco de ether em uma máscara que se lhe dér a cheirar — o prompto allivio as suas dôres. As crianças também, devido a sua não comprehensão do que se vae passar e pelo mêdo de que se apoderam, contra-indicam a anesthesia consciente.

O Prof. Chaput diz, «as contra-indicações tiradas do estado dos doentes são as seguintes: em primeiro logar a arterio-esclerose e a idade avançada; todo velho dando a impressão de uma vitalidade mediocre deve sêr subtraido á acção da stovaina.

Salvo excepções, os individuos tendo passado de cincoenta annos não devem sêr stovainisados.

Estes doentes são expostos á syncopes e á apoplexia como com a anesthesia geral. Os estados cacheticos, as anemias graves, medicas ou cirurgicas, as infecções profundas, a albuminuria e o diabetes contra-indicam egualmente a stovaina. Os syphiliticos, as affecções nervosas — tabes, myelites, lesões encephalicas —, expondo mais especialmente á accidentes nervosos — paralysias —, indicam também a rejeição da anesthesia rachidiana».

---

(1) O Prof. Junesco, conforme vimos em uma communicação recente no *Jornal de Cirurgia* (Outubro 1908), diz têr obtido, aproveitando as propriedades excitantes da estrychinina em injecções sub-cutaneas, com a stovainisação lombar, anesthesias totaes desde o vertice até o calcaneo.

Si as referências do Prof. Chaput não fossem feitas á anesthesia total pela stovaina, e si suas proprias palavras no mesmo artigo, «—estas contra-indicações não são de algum modo senão provisórias, porque estou convencido que a rachistovainisação é menos grave, mesmo nestes casos, que a anesthesia geral»—, não nos satisfizessem francamente, iriamos provar-lhe uma á uma, que as suas citações não contra-indicam assim a stovaina. A contra-indicação mais séria e que não nos é licito passar desconhecida, é a rachistovainisação nas mulheres grávidas, por causa, como já sabemos, das propriedades acytocicas da stovaina, muito bem estudada por Chartier.

Quantos doentes, si não fôsse o methodo que defendemos, teriam de demorar suas intervenções e de voltar mesmo da mesa de operações, ás vêzes com algum prejuizo, por estar com uma bronchite ou outra manifestação qualquer para o lado da árvore respiratória, contra-indicação severa á chlorofórmização?

Em não pequeno numero de casos, este facto temos observado, sendo, no entretanto, operado com a rachistovainisação, sem nenhum accidente.

Aqui terminaremos o nosso trabalho, conscios dos altos e relevantes serviços prestados á Cirurgia pela rachistovainisação, mas contudo, não queremos faze-la una e só ao lado do Cirurgião, porém sim, em conciliação com a anesthesia local e com a anesthesia geral, amparando-se mutuamente, e edificando assim uma tríade anesthésica forte e bôa, attendendo á extrema multiplicidade dos casos, variaveis com os individuos e com as innúmeras modalidades de suas exteriorizações.

Longe, bem longe de nós estava como está ainda, o pensamento de, em face das nossas asserções, sêrmos exclusivistas, porque o exclusivista nada mais é que um intolerante e a intolerancia é incompativel com a sã razão e com os verdadeiros e nobres sentimentos do scientista.

# OBSERVAÇÕES (1)

Observação I. — F. R., carpina, com 68 annos. Hydrócele unilateral esquerda. Inversão e curetagem da vaginal. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Dois minutos após a injecção ligeiros formigamentos nas pernas. Operação sem dôr. Face bem corada, pulso normal, respiração calma. Não têve náuseas, vomitos nem anciedade.

Accidentes posteriores nenhum.

Observação II. — J. M., lavradôr, com 36 annos. Estreitamento infranqueável. Catheterismo retrógrado por talha hypogastrica. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Anesthesia perfeita no fim de 4 minutos. Nenhuma modificação apreciável do pulso. Respiração calma, não têve náuseas nem vomitos.

Accidentes posteriores nenhum.

Observação III. — P. F., operario, com 43 annos. Côrpo estranho no pé esquerdo. Extraido em 7 de Julho de 1907. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Nenhuma dôr durante a operação, anesthesia completa em 5 minutos. Estado geral perfeito.

Posteriormente nada apresentou.

Observação IV. — F. L., lavadeira, com 52 annos. Fibro-myoma do ligamento largo esquerdo. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Laparotomia mediana em 22 de Julho de 1907.

Anesthesia perfeita. Estado geral admiravel. Nenhum accidente apresentou durante a operação que, por haver adherências intestinaes, durou uma hora. Nos dias seguintes á operação também nenhum accidente se manifestou.

---

(1) Todos estes casos foram por nós observados na clinica cirurgica do Dr. Antonio Pacheco Mendes no Hospital Santa Izabel.

Observação V.—R. A., lavradôr, com 52 annos. Epithelioma do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação em 24 de Junho de 1907. Anesthesia immediata e completa até o fim da operação. Têve frio e ligeira elevação da temperatura nos dois dias seguintes á operação, conservando-se por egual tempo as pernas dormentes.

No terceiro dia nada mais sentia.

Observação VI.—J. A., pedreiro, com 44 annos. Epithelioma do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação em 25 de Julho de 1907. Effeito immediato e completa anesthesia. Ao thermo-cautério pelo qual se iniciou a operação nada accusou. Têve frio e ligeira elevação da temperatura (1.º dia 37,3; 2.º 37) nos dois dias seguintes, dizendo têr dormencia e dôres nas juntas dos joêlhos. No primeiro dia têve ligeira cephaléa.

Tudo desappareceu do terceiro dia em diante.

Observação VII.—M. M., empregado no gazómetro, com 45 annos. Estreitamento infranqueável da urethra, com fistulas escrotaes. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Catheterismo retrógrado por talha hypogastrica, em 27 de Julho de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Nada sentindo o doente antes nem depois da operação.

Observação VIII.—L. J., serviço domestico, com 40 annos. Fibroma do útero. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Hysterectomia sub-total baixa em 30 de Julho de 1907. Effeito immediato e anesthesia completa até o fim da operação, que durou 50 minutos. Pêso do fibroma 9 kilogrammas.

Na tarde do dia da operação a temperatura era de 38,5. No dia immediato 37,3. No terceiro dia normal.

Têve durante a primeira noite, vomitos e ligeira cephaléa.

Observação IX.—P. C., negociante, com 52 annos. Hypertrophia da prostata. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Prostatectomia pelo processo de Freyer em 31 de Julho de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos. A temperatura um pouco baixa no dia da operação.

No segundo dia 38º, no terceiro 37,5 e no quarto dia normal.

Observação X.—S. T., lavradôr, com 45 annos. Hydrócele unilateral esquerda. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Inversão da vaginal em 2 de Agosto de 1907. Estado geral perfeito. Anesthesia completa.

Sentiu ligeira cephaléa no primeiro dia após a operação

Observação XI.—M. J., roceiro com 45 annos. Côrpo fibroso da urethra. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Extração em 8 de Agosto de 1907. Resultado magnifico.

Nada sentiu o doente antes nem depois da operação.

Observação XII. — S. E., fundidôr, com 36 annos. Fistula peri-anal. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Abertura e curetagem em 8 de Agosto de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Na tarde da operação têve a temperatura um pouco elevada e cephaléa. No dia seguinte a temperatura era de 37,6, no terceiro nada mais sentia.

Observação XIII. — M. J., quitandeira, com 29 annos. Fibroma úterino (sub-seroso). Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Laparo-opharo salpingo-hysterectomia total em 12 de Agosto de 1907.

Anesthesia e estado geral perfeitos. A operação foi terminada com um pouco de chlorofórmio, por prolongar-se além do tempo anesthésico da stovaina, devido á grandes adherências. (1 hora e meia). Têve no primeiro dia cephaléa e uma elevação ligeira da temperatura.

Observação XIV. — C. S., roceiro, com 39 annos. Estreitamento traumatico infranqueável da urethra. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Catheterismo retrógrado por talha hypogastrica em 14 de Agosto de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos durante a operação.

Á noite têve ligeira cephaléa e pequena elevação da temperatura.

Observação XV. — P. A., mascate, com 30 annos. Cancro phagedênico da glande. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação do pênis em 20 de Agosto de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Nada sentiu depois da operação.

Observação XVI. — C. C., estribeiro, com 26 annos. Elephantíase do pênis e do escrôto. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Decorticação em 13 de Agosto de 1907. A stovaina não produziu effeito, muito embóra se esperasse durante 15 minutos, sendo preciso recorrer-se ao chlorofórmio.

O doente era muito syphilitico.

Observação XVII. — M. V., costureira, com 25 annos. Fibroma-quistico sub-seroso do útero e uns pequenos intersticiaes. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Hysterectomia total em 27 de Agosto de 1907. Anesthesia perfeita.

Não têve vomitos nem náuseas.

Observação XVIII. — M. J., cozinheira, com 29 annos. Fibroma do útero. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Hysterectomia sub-total baixa em 2 de Setembro de 1907. Pêso do fibroma 1 kilo e 860 grammas. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Nenhum incidente houve, nem antes nem depois da operação.

Observação XIX. — J. C., serviço domestico, com 32 annos. Fibroma do útero. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Laparo-hysterectomia sub-

total baixa em 28 de Agosto de 1907. Pêso do fibroma 1 kilo e 900 grammas. Anesthesia completa e estado geral perfeitos.

Nenhum accidente houve.

Observação XX.—J. S., carpina, com 22 annos. Hernia inguinal direita. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Cura radical em 9 de Setembro de 1907.

Nada sentiu o doente durante a operação, tendo, entretanto, ligeira cephaléa nos três dias seguintes.

Observação XXI.—M. S., ganhadôr, com 50 annos. Côrpo estranho no pé. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Extracção em 9 de Setembro de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Accidentes posteriores nenhum.

Observação XXII.—J. S., ganhadôr, com 35 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 10 de Setembro de 1907.

Resultado magnifico.

Observação XXIII.—A. S., operaria, com 36 annos. Quisto do ovario direito, com adherências multiplas do epíploon, bexiga e útero. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Hysterectomia sub-total baixa em 14 de Setembro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos. Foi terminada com o chlorofórmio (pequena quantidade) por sêr muito demorada, devido ás adherências.

Posteriormente nada sentiu.

Observação XXIV.—M. P., artista, com 36 annos. Aneurismas da femoral direita. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Extirpação dos sacos (dois) em 19 de Setembro de 1907. No inicio da operação dizia sentir dôr, mas logo depois nada mais accusou, terminando muito bem.

Accidentes posteriores nenhum.

Observação XXV.—E. S., maritimo, com 26 annos. Cancro phagedênico da glande. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação do pênis em 21 de Setembro de 1907.

Correu a operação muito bem e com bom resultado, nada sentindo depois.

Observação XXVI.—S. C., engommadeira, com 22 annos. Cancros duros e molles da vulva. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cauterização á thermo-cautério em 21 de Outubro de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Depois ainda nada sentiu.

Observação XXVII.—J. S., roceiro, com 26 annos. Cystite chronica. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cystostocopia pelo apparêlho de Louis em 21 de Fevereiro de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Sentindo depois da operação ligeira cephaléa, elevação da temperatura e náuseas, mas que logo cederam.

Observação XXVIII.—M. E., s. domestico, com 30 annos. Cancro phagedênico da vagina. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cauterização á thermo-cautério em 28 de Fevereiro de 1908. Anesthesia perfeita.

Têve após a operação cephaléa e vomitos passageiros.

Observação XXIX.—D. M., negociante, com 24 annos. Adenites suppuradas. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Ablação dos ganglios inguinaes e cruraes. Anesthesia completa e estado geral perfeito.

Posteriormente nada sentiu.

Observação XXX.—C. C., empregado no commercio, com 20 annos. Phimose e cancros venereos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Anesthesia completa, mas apresentou no mesmo dia vomitos, cephaléa e temperatura elevada (38,°).

No dia seguinte tudo cedeu.

Observação XXXI.—S. M., serviço domestico, com 46 annos. Rectite ulcero-cancerosa. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cauterização á thermo-cautério em 1.° de Março de 1908. Anesthesia immediata e completa e estado geral perfeito.

Nada sentiu depois.

Observação XXXII.—J. N., carpinteiro com 52 annos. Estreitamento urethral. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Urethrotomia interna em 9 de Março de 1907. Individuo, apesar de extremamente pusillânime, a anesthesia foi completa.

Posteriormente nada sentiu.

Observação XXXIII.—H. R., jardineiro, com 28 annos. Betões hemorrhoidaes. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cauterização á thermo-cautério em 9 de Março de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Posteriormente nenhum accidente.

Observação XXXIV.—B. B., roceiro, com 12 annos. Calculo vesical. Injecção de 4 centigrammas de stovaina. Talha hypogastrica em 14 de Março de 1907. Anesthesia immediata e completa e estado geral perfeito.

Apresentou no primeiro dia ligeira cephaléa.

Observação XXXV.—J. A., lavradôr, com 51 annos. Hypospadia. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Operado em 15 de Março de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Nada têve depois.

Observação XXXVI.—P. M., ferreiro, com 28 annos. Hydrócele unilateral esquerda. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Inversão da vaginal, em 15 de Março de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos. As tracções sobre o cordão não eram sentidas.

Não têve náuseas, nem vomitos nem elevação da temperatura.

Observação XXXVII.—J. R., esmoleiro, com 52 annos. Estreitamento urethral. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Urethrotomia interna em 16 de Março de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Accidente posterior nenhum.

Observação XXXVIII.—U. L., roceiro, com 18 annos. Calculo vesical. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Talha hypogastrica em 19 de Março de 1907. Nenhum incidente se manifestou durante a anesthesia.

Accidente posterior nenhum.

Observação XXXIX.—J. N., roceiro, com 25 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 19 de Março de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Posteriormente têve cephaléa intensa durante dois dias e elevação da temperatura.

Observação XL.—M. E., roceiro, com 20 annos. Esmagamento da perna direita. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação no terço inferior da côxa direita. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Observação XLI.—J. B., roceiro, com 62 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 20 de Março de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Posteriormente nada têve.

Observação XLII.—C. W., cozinheiro de bordo, com 36 annos. Hemorrhoidas internas. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cauterização á thermo-cautério em 20 de Março de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos; depois ligeira cephaléa.

Observação XLIII.—R. G., marinheiro, com 36 annos. Estreitamento infranqueável, complicado de fistulas e abcessos. Injecção de 6 centigrammas da stovaina. Catheterismo retrogrado por talha hypogastrica em 23 de Março de 1907. Anesthesia immediata e completa até o fim da operação. Estado geral perfeito.

Porteriormente nenhum accidente houve.

Observação XLIV.—M. J., serviço domestico, com 26 annos. Elephantíase com vegetações dos grandes labios. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cauterização á thermo-cautério em 25 de Março de 1907.

Resultados anesthésicos e consecutivos admiraveis.

Observação XLV. — G., serviço domestico, com 22 annos. Vegetação da vulva e da vagina. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cauterização á thermo-cautério em 25 de Março de 1907.

Nada sentiu durante nem depois da operação.

Observação XLVI.— A. M., serviço domestico, com 22 annos. Abcesso profundo da côxa. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Abertura em 25 de Março de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Posteriormente cephaléa e elevação da temperatura durante dois dias.

Observação XLVII.—M. J., s. domestico, com 30 annos. Peritonite traumatica suppurada. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Laparotomia em 26 de Março de 1907. Anesthesia completa, estado geral perfeito. Não têve vomitos, náuseas nem vertigens.

Posteriormente nenhum accidente.

Observação XLVIII.—E. S., artista, com 38 annos. Calculo vesical. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Talha hypogastrica em 30 de Março de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Têve ligeiras náuseas no primeiro dia.

Observação XLIX.—J. P., carpinteiro, com 23 annos. Phimose com cancros venereos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina: Posthotomia e cauterização á thermo-cautério em 1.º de Abril de 1907.

Nada sentiu nem antes nem depois da operação.

Observação L.—J. C., ganhadôr, com 23 annos. Hernia inguinal direita engasgada com perfuração intestinal. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Anus artificial em 2 de Abril de 1907. Anesthesia immediata, com effeito admiravel.

Nenhum accidente depois da operação.

Observação LI.—J. F., roceiro, com 23 annos. Phimose com cancros venereos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e cauterização á thermo-cautério em 3 de Abril de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Posteriormente nada sentiu.

Observação LII.—U. S., alfaiate, com 25 annos. Phimose e cancros venereos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e cauterização á thermo-cautério em 3 de Abril de 1907. Anesthesia completa.

Nada sentiu.

Observação LIII. — E. G., maritimo, com 39 annos. Epithelioma da glande. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação do pênis em 3 de Abril de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Nada têve após a operação.

Observação LIV. — J. S., garimpeiro, com 19 annos. Calculo vesical. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Talha hypogastrica em 8 de Abril de 1908.

Resultados anesthésico e consecutivo admiraveis. Pêso do calculo 100 grammas.

Observação LV. — J. C., serviço domestico, com 28 annos. Mal perfurante plantar. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Operação de Pirogoff em 9 de Abril de 1907.

Resultados perfeitos e admiraveis.

Observação LVI. — P. F., estivadôr, com 70 annos. Gangrena do pé. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Operação de Guthrie em 10 de Abril de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos, nada sentindo, apesar de sêr um organismo depauperado.

Observação LVII. — U. A., serviço domestico, com 40 annos. Fibromyoma do útero. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Hysterectomia sub-total baixa em 13 de Abril. Anesthesia completa e estado geral bom.

Não têve vomitos, náuseas nem cephaléa.

Observação LVIII. — J. S, copeiro, com 15 annos. Genu-valgum. Injecção de 5 centigrammas de stovaina. Osteotomia linear de Mac Ewen em 15 de Abril de 1907.

Effeito e anesthesia admiraveis.

Observação LIX. — J. C., marcineiro, com 21 annos. Calculo vesical. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Talha hypogastrica em 18 de Abril de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Posteriormente nada sentiu.

Observação LX. — J. A., operario, com 24 annos. Phimose e cancros venereos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e cauterização á thermo-cautério em 11 de Maio de 1907.

Resultados perfeitamente satisfatorios. Nada sentiu antes nem depois da operação.

Observação LXI. — M. J., roceiro, com 26 annos. Gomma syphilitica do testiculo direito. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Castração unilateral em 11 de Maio de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos. Nem mesmo as trações sobre os cordões eram dolorosas.

Posteriormente nada se manifestou.

Observação LXII.—M. G., serviço domestico, com 23 annos. Appêndicite chronica. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Appêndicectomia em 13 de Maio de 1907. Anesthesia completa, nenhuma manifestação inquietadôra.

Accidente posterior nenhum.

Observação LXIII.—L. G., lavradôr, com 45 annos. Estreitamento infranqueável da urethra. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Catheterismo retrogrado por talha hypogastrica em 27 de Junho de 1907. Anesthesia completa, estado geral bom.

Posteriormente nenhum accidente houve.

Observação LXIV.—A. M., pedreiro, com 64 annos. Hypertrophia da prostata. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Prostatectomia pelo methodo de Freyer em 2 de Junho de 1907. Anesthesia completa e immediata e estado geral bom.

Accidente posterior nenhum se manifestou.

Observação LXV.—C. S., pedreiro, com 20 annos. Tuberculose do testiculo direito. Injecção de 5 centigrammas de stovaina. Castração em 4 de Julho de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Observação LXVI.—A. L., roceiro, com 38 annos. Estreitamento, abcesso urinario, fistulas penianas e phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Operado em 6 de Junho de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Observação LXVII.—F. J., serviço domestico, com 25 annos. Vegetações da vulva e dos grandes labios. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cauterização á thermo-cautério em 10 de Junho de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Observação LXVIII.—A. S., caixeiro, com 19 annos. Hydrocéle unilateral esquerda. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Inversão da vaginal em 11 de Julho de 1907. A anesthesia manifestou-se, no fim de 15 minutos, completa no lado direito, sentindo ligeira dôr do lado esquerdo.

Posteriormente nenhum accidente.

Observação LXIX.—M. J., estivadôr, com 23 annos. Phimose e cancros venereos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e cauterização á thermo-cautério em 14 de Junho de 1907.

Nada sentiu durante a operação nem posteriormente.

Observação LXX.—C. C., serviço domestico, com 40 annos. Fibromas multiplos do útero. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Hysterectomia

total em 18 de Junho de 1907. Anesthesia completa até o fim da operação e estado geral perfeito.

Não têve náuseas, vomitos nem cephaléa.

Observação LXXI.—E. V., roceira, com 35 annos. Carcinoma do útero. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Hysterectomia total em 22 de Junho de 1907. Anesthesia perfeita com resultado admiravel.

Posteriormente nenhum accidente têve.

Observação LXXII.—M. N., empregado, com 14 annos. Coxalgia tuberculosa esquerda. Injecção de 4 centigrammas de stovaina. Resecção coxo-femoral em 3 de Julho de 1907. Anesthesia bôa e effeito admiravel.

Nada têve depois.

Observação LXXIII.—J. F., pedreiro, com 62 annos. Phimose com fistulas tuberculos do escrôto. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e curetagem das fistulas em 15 de Outubro de 1907. Anesthesia e estado perfeitos.

Posteriormente nenhum accidente têve.

Observação LXXIV.—J. C., ferreiro, com 41 annos. Abcesso do escrôto. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Abertura em 15 de Outubro de 1907. Anesthesia completa e immediata.

Nenhum incidente houve durante a operação. Posteriormente nada têve.

Observação LXXV.—A. F., empregado da Circular, com 24 annos. Esmagamento do pé esquerdo. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação no terço superior da perna, por tétano, em 8 de Outubro de 1907. Anesthesia immediata e perfeita. Estado geral bom, sem nenhuma contracção. A operação foi feita quando apenas se manifestou ligeiro trismo.

Accidente algum attribuido a stovaina têve nos três dias seguintes, vindo o doente á fallecer de tétano manifesto, no quarto dia depois de operado.

Observação LXXVI.—J. S., caixeiro, com 17 annos. Osteite da tíbia. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Curetagem em 25 de Outubro de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Depois nada sentiu.

Obsservação LXXVII.—M. P., ferreiro, com 21 annos. Phimose e cancros venereos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e cauterização á thermo-cautério em 25 de Outubro de 1907.

Resultados anesthésico e posterior admiraveis.

Observação LXXVIII.—T. C., padeiro, com 40 annos. Hernia inguinal congenita do cécum e appendice, complicada de hydrocéle e cystocéle.

Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Foi operado em 24 de Outubro de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos, não tendo vomitos nem náuseas.

Observação LXXIX.—J. J., acrobáta, com 30 annos. Ferida por arma de fôgo na região anterior da côxa direita. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Extracção da bala em 19 de Novembro de 1907.

Com muito bom resultado na occasião e posteriormente.

Observação LXXX.—J. S., roceiro, com 28 annos. Elephantíase do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Decorticação em 6 de Dezembro de 1907. Anesthesia e resultados posteriores perfeitos.

Observação LXXXI.—T. R., maritimo, com 33 annos. Fistulas peri-anaes. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Destruição dos trajectos fistulares á canivete em 10 de Dezembro de 1907. Com bom resultado anesthésico e estado geral perfeito.

Depois nada têve.

Observação LXXXII.—C. S., telegraphísta, com 20 annos. Fistula da parede abdominal (parte inferior). Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Abertura e curetagem em 12 de Dezembro de 1907. Anesthesia defficiente, manifestando-se depois quando o doente se achava na cama.

Posteriormente nada têve.

Observação LXXXIII.—D. T., ganhadôr, com 36 annos. Ferida articular do joelho esquerdo por arma de fôgo (infeccionada). Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação da côxa terço inferior. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Observação LXXXIV.—G. T., lavadeira, com 38 annos. Fibroma sub-seroso e intersticial do útero. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Hysterectomia sub-total baixa em 7 de Dezembro de 1907. Anesthesia foi bôa e o estado geral perfeito durante o tempo em que se podia contar com a acção da stovaina. A operação foi terminada com um pouco de chlorofórmio, por muito se demorar.

Depois nada mais sentiu, náuseas nem vomitos.

Observação LXXXV.—M. R., serviço domestico, com 45 annos. Fibroma do útero. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Hysterectomia sub-total baixa em 7 de Dezembro de 1907. Anesthesia immediata e perfeita até o fim da operação. Estado geral admiravel.

Posteriormente nenhum accidente se manifestou, náuseas, vomitos nem cephaléa.

Observação LXXXVI.—M. G., carregadôr, com 19 annos. Phimose, cancros venereos e adenites suppuradas. Injecção de 6 centigrammas de

stovaina. Posthotomia e curetagem das adenites em 27 de Dezembro de 1907. Anesthesia immediata e perfeita, estado geral bom.

Depois nada têve.

Observação LXXXVII. — O. S., conductor, com 19 annos. Fractura exposta dos dois ossos das pernas. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Resecção de uma saliencia ossea na fractura em 30 de Dezembro de 1907. Anesthesia a principio fraca, mas manifesta-se depois perfeita, terminando a operação muito bem.

Têve á noite cephaléa.

Observação LXXXVIII. — D. A., cozinheiro, com 30 annos. Vegetações perineal. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Destruição á thermo-cautério em 30 de Dezembro de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

(Dizia o doente que ao contacto do thermo sentia sensação de frio, e não foi este o unico que accusou este phenomeno).

Observação LXXXIX. — F. B., operario, com 23 annos. Phimose e cancros venereos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e cauterização á thermo-cautério em 7 de Janeiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Consequentemente nada têve.

Observação XC. — M. B., roceiro, com 25 annos. Phimose e estreitamento do meato. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e meatotomia em 8 de Janeiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Como consequencia nenhum accidente têve.

Observação XCI. — M. O., sapateiro, com 17 annos. Condylomas do anus. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cauterização á thermo-cautério em 11 de Janeiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Accidentes nenhum.

Observação XCII. — S. A., roceiro, com 25 annos. Phimose e cancros venereos. Injecção de 8 centigrammas de stovaina. Posthotomia e cauterização á thermo-cauterio em 7 de Janeiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Posteriormente nenhum accidente têve.

Observação XCIII. — A. S., roceiro, com 42 annos. Elephantíase do escrôto. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Oscheotomia em 15 de Dezembro de 1907. Anesthesia perfeita, estado geral bom.

Têve depois ligeira cephaléa no primeiro dia.

Observação XCIV. — P. S. oleiro, com 22 annos. Phimose e cancros venereos com phagedênismo. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 27 de Janeiro de 1908. Anesthesia immediata e completa até o fim da operação.

Nenhum accidente depois.

Observação XCV. — S. R., sapateiro, com 23 annos. Elephantíase do escrôto e do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Decorticação do pênis e oscheotomia em 12 de Dezembro de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Depois nenhum accidente têve.

Observação XCVI. — A. J., ganhadôr, com 47 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 7 de Fevereiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Têve cephaléa até o dia seguinte.

Observação XCVII. — P. A., cocheiro, com 17 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 7 de Fevereiro de 1908. Anesthesia completa, tendo ligeira lypothimia na hora da operação.

Depois nada mais sentiu.

Observação XCVIII. — J. F., caixeiro, com 33 annos. Abcesso perianal. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Abertura e curetagem em 7 de Fevereiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Nada têve posteriormente.

Observação XCIX. — M. S., empregado, com 18 annos. Luxação coxo-femoral. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Reducção em 8 de Fevereiro de 1908. Relaxamento completo. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Têve ligeira cephaléa á noite.

Observação C. — C. M., roceiro, com 36 annos. Estreitamento infranqueável da urethra e cancros phagedênicos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Decorticação do pênis. Catheterismo retrógrado por talha hypogastrica em 7 de Fevereiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Têve até o dia seguinte ligeira cephaléa, e dôres lombares.

Observação CI. — J. R., roceiro, com 30 annos. Osteomyelite dos ossos da perna esquerda. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação da côxa no terço inferior em 8 de Fevereiro de 1908. Anesthesia completa e estado geral perfeito.

Ligeira cephaléa que no segundo dia cedeu.

Observação CII. — M. R., roceiro com 37 annos. Phimose. Injecção de de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 15 de Fevereiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Observação CIII. — A. M., ganhadôr, com 26 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 19 de Fevereiro de 1908. Anesthesia completa e estado geral perfeito.

Ligeira cephaléa no primeiro dia.

Observação CIV. — P. R., operario, com 30 annos. Fistula peri-anal. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Destruição do trajecto fistulôso em 22 de Fevereiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Têve ligeira cephaléa.

Observação CV. — N. N., roceiro, com 40 annos. Gangrena secca da perna esquerda. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação no terço medio da côxa em 23 de Fevereiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Nada sentiu.

Observação CVI. — M. L., padeiro, com 23 annos. Hypertrophia congenita do 2.º e 3.º dêdos do pé esquerdo. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Desarticulação em 25 de Fevereiro de 1908. Anesthesia completa e estado geral bom.

Ligeira cephaléa.

Observação CVII. — R. G., roceiro, com 20 annos. Abcesso da prostata. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Abertura pelo perinêu e drainagem em 26 de Fevereiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Ligeira cephaléa á noite.

Observação CVIII. — J. P., serviço domestico, com 40 annos. Fibroma sub-seroso do útero. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Hysterectomia sub-total baixa em 10 de Fevereiro de 1908. Estado geral perfeito, a anesthesia foi completa até um certo tempo da operação, terminando-se com o chlorofórmio por accusar a doente dôr. Muito pouco chlorofórmio tomou.

Nada têve depois.

Observação CIX. — M. C., serviço domestico, com 20 annos. Vegetações do anus. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Destruição á thermocautério em 26 de Fevereiro do 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Não têve nada.

Observação CX. — R. M., serviço domestico, com 24 annos. Elephanthíase dos grandes labios. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Operada em 26 de Fevereiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Nada têve depois.

Observação CXI. — E. P., ajudante de electricista, com 21 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 2 de Março de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos. Paraplegia incompleta.
Nada sentiu depois.

Observação CXII. — C. S., pedreiro, com 45 annos. Phimose e cancros venereos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e thermo-cauterização em 4 de Março de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.
Têve ligeira cephaléa.

Observação CXIII. — D. M., pedreiro, com 49 annos. Estreitamento infranqueável da urethra. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Catheterismo retrógrado por talha hypogastrica em 10 de Março de 1908. Anesthesia completa e estado geral bom. Paraplegia absoluta quase immediata.
Têve ligeira cephaléa.

Observação CXIV. — B. P., roceiro, com 45 annos. Cystite. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cystotomia provisória em 14 de Março de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos. Paraplegia incompleta.
Nada têve depois.

Observação CXV. — L. G., ferreiro, com 32 annos. Hydrocéle unilateral. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Incisão e inversão da vaginal pelo processo do Dr. Pacheco Mendes, em 15 de Março de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.
Nada têve.

Observação CXVI. — S. C., caixeiro, com 25 annos. Vegetações papilomatosas da glande. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Destruição á thermo-cautério em 29 de Março de 1908. Anesthesia absoluta e estado geral bom. Paraplegia incompleta. Cephaléa forte até o dia seguinte.
Dôres na espinha.

Observação CXVII. — A. O., roceiro, com 23 annos. Ankylose viciosa do joêlho esquerdo. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Resecção do joêlho em 25 de Fevereiro de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos. Paraplegia tambem completa.
Ligeira cephaléa.

Observação CXVIII. — D. S., roceiro, com 24 annos. Ferida incisa do joêlho com fractura da rótula. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Sotura da rótula á *catgut* em 29 de Março de 1908. Anesthesia completa.
Nada têve.

Observação CXIX.—M. R., serviço domestico, com 33 annos. Estreitamento syphilitico do recto. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Dilatação em 18 de Março de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Têve até o dia immediato cephaléa forte.

Observação CXX.—M. C., padeiro, com 22 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 8 de Março de 1908. Anesthesia perfeita. Paraplegia absoluta.

Depois têve ligeira cephaléa.

Observação CXXI.—S. E., carregadôr, com 22 annos. Phimose com vegetação da glande. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Anesthesia e estado geral perfeitos. Paraplegia absoluta. Posthotomia e thermo-cauterização em 30 de Abril de 1908.

Posteriormente nada têve.

Observação CXXII.—C. S., ganhadôr, com 28 annos. Fistula do pé. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Curetagem do trajecto fistulôso em 23 de Abril de 1908.

Effeito bom e immediato. Têve cephaléa que logo cedeu.

Observação CXXIII.—O. S., mineiro, com 22 annos. Phimose com vegetações. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e cauterização á thermo-cautério em 28 de Abril de 1908. Anesthesia completa e estado geral perfeito.

Nenhum accidente posterior têve.

Observação CXXIV.—H. B., jornaleiro, com 25 annos. Osteite da tibia. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Curetagem em 30 de Abril de 1908. Anesthesia completa.

Cephaléa intensa no primeiro dia.

Observação CXXV.—J. F., roceiro, com 18 annos. Phimose e cancros venereos. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia e thermo-cauterização em 28 de Abril de 1908. Anesthesia perfeita. Paraplexia incompleta.

Cephaléa forte no primeiro dia.

Observação CXXVI.—L. N., maritimo, com 20 annos. Epithelioma do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação em 19 de Maio de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Nada têve depois.

Observação CXXVII.—F. S., maritimo, com 40 annos. Phagedênismo do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Decorticação da cauterização em 10 de Abril de 1908. Anesthesia completa

Nada têve.

Observação CXXVIII.—J. V., maritimo, com 34 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 9 de Maio de 1908. Anesthesia completa.

Têve forte cephaléa até o quarto dia.

Observação CXXIX.—C. A., roceiro, com 36 annos. Destruição da urethra peniana. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Operação de Poncet. Anesthesia completa e estado geral perfeito.

Este doente é a segunda vêz que se opera com stovaina. Só têve ligeira cephaléa após a primeira rachianesthesia, depois da segunda, que se fez com um espaço de três mezes, nada apresentou.

Observação CXXX.—F. P., mascate, com 63 annos. Aneurisma do tronco tibio-peroneal. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Ligadura da femoral no vertice do triangulo de Scarpa em 27 de Maio de 1908. A anesthesia foi nulla, pois dizia, sentir dôres; manifestando-se com pouca intensidade depois.

Seria uma das zonas faladas hyperesthesicas dos autôres no ponto da ligadura?

Depois nada mais accusou.

Observação CXXXI—A. M., serviço domestico, com 38 annos. Quisto gangrenado da rótula. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Extirpação em 28 de Maio de 1908. Anesthesia perfeita.

Pequena elevação da temperatura que logo cedeu.

Observação CXXXII.—J. M., operario, com 40 annos. Hemorrhoidas. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Operado á thermo-cautério em 4 de Junho de 1908. Anesthesia completa e estado geral bom. Paraplegia absoluta.

Nada têve.

Observação CXXXIII.—D. H., operario, com 48 annos. Hydrocéle dupla. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Castração unilateral direita e a cura radical de hydrocéle esquerda em 6 de Junho de 1908. Extremamente pusillânime.

Ao começar a operação dizia sentir muitas dôres, pelo que se utilizou o chlorofórmio. Retirado o chlorofórmio depois de muito pouco respira-lo, nada mais sentiu até o fim da operação e depois.

Observação CXXXIV.—P. M., cabelleireiro, com 53 annos. Estreitamento urethral e gomma do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Urethrotomia interna e decorticação com cauterização á thermo-cautério do fóco em 26 de Junho de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Nada têve depois.

Observação CXXXV.—P. P., oleiro, com 52 annos. Epithelioma do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação em 12 de Julho de 1908. Anesthesia completa e immediata. Paraplegia tambem completa.

Nada sentiu depois.

Observação CXXXVI.—J. P., serviço domestico, com 26 annos. Quisto hyalino do ovario. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Operada em 1.º de Julho de 1908. Todas as manobras foram extra-abdominaes. Incisão de 10 centimetros, pediculo pequeno, liquido crystallino. Operação em 6 minutos. Morte immediata por parada da respiração (?), coração perfeito. Antecedentes nullos.

Observação CXXXVII.—V. C., lavadeira, com 30 annos. Estreitamento do recto. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Rectotomia linear em 5 de Março de 1907. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Posteriormente nada sentiu.

Observação CXXXVIII.—R. M., roceiro, com 40 annos. Epithelioma da glande. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação do pênis. em 16 de Julho de 1908. Anesthesia completa.

Nada têve.

Observação CXXXIX.—A. G., roceiro, com 39 annos. Epithelioma do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação do pênis em 16 de Junho de 1908. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Observação CXL.—T. P., negociante, com 35 annos. Fistulas perianaes. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Destruição dos trajectos fistulosos em 13 de Junho de 1900. Anesthesia completa.

Nada sentiu depois.

Observação CXLI.—O. L., com 23 annos. Varicocéle. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Resecção das bolsas em 3 de Julho de 1908.

Nada sentiu durante a operação, têve ligeira cephaléa depois.

Observação CXLII.—A. L., com 26 annos. Hernia inguinal direita. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cura radical em 21 de Julho de 1908. Anesthesia nulla, feita a chlorofórmização.

Nada têve depois.

Observação CXLIII.—J. P., negociante, com 66 annos. Hernia inguinal direita estrangulada. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cura radical e castração unilateral em 24 de Julho de 1908. Apesar da constituição má do doente, a anesthesia e o estado geral foram perfeitos.

Nada sentiu depois.

Observação CXLIV. — M. S., empregado, com 30 annos. Hernia inguinal estragulada. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Resecção do intestino (com anus artificial prévio) por entero-anastomose termino-terminal em 3 de Agosto de 1908. Anesthesia completa e estado geral perfeito.

Nada manifestou depois

Observação CXLV. — D. N., padeiro, com 19 annos. Hygroma do joêlho. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Resecção do joêlho em 11 de Agosto de 1908. A anesthesia não foi immediata, mas logo que appareceu, continuou completa até o fim.

Posteriores accidentes, nenhum.

Observação CXLVI. — B. F., cocheiro, com 24 annos. Phimose congenita. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 25 de Agosto de 1908.

Nada sentiu como nada têve depois.

Observação CXLVII. — S. D., pintôr, com 40 annos. Hemorrhoidas. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Operação de Whitehead em 25 de Agosto de 1908.

Bom resultado. No segundo dia têve um accesso paludico.

Observação CXLVIII. — J. S., roceiro, com 23 annos. Cancro phagedênico do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação do pênis em 10 de Setembro de 1908. Anesthesia e paraplegia completas, estado geral perfeito. Incontinencia de fézes.

Posteriormente nada têve.

Observação CXLIX. — L. S., roceiro, com 54 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 12 de Setembro de 1908.

Resultados magnificos.

Observação CL. — J. F., roceira, 40 annos. Fistula vesico-vaginal. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Operada pelo processo americano em 13 de Setembro de 1908.

Resultado extraordinario.

Observação CLI. — E. L., serviço domestico, com 53 annos. Polypo do collo do útero (gangrenado). Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Hysterectomia vaginal em 5 de Setembro de 1908.

Anesthesia completa, nada sentindo.

Observação CLII. — M. F., serviço domestico, com 20 annos. Inversão úterina com fibroma intersticial degenerado. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Hysterectomia vaginal em 8 de Setembro de 1908.

Anesthesia perfeita, mas no entretanto sentia as tracções.

Observação CLIII. — M. S., alfaiate, com 26 annos. Tuberculose ossea. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação do 2.° dêdo (pé) na continuidade do 2.° metatarsiano. Anesthesia e estado geral perfeitos.

Depois nada têve.

Observação CLIV. — R. R., roceiro, com 75 annos. Epithelioma do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação do pênis em 3 de Outubro de 1908.

Resultado magnifico.

Observação CLV. — O. L., carregadôr, com 56 annos. Fistulas peri-anaes. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Curetagem em 6 de Outubro de 1908.

Anesthesia e paraplegia completas.

Observação CLVI. — J. C., lavradôr, com 38 annos. Mal perfurante plantar. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação no terço superior da perna em 10 de Outubro de 1908.

Anesthesia completa e estado geral bom.

Observação CLVII. — L. B., caixeiro, com 22 annos. Calculo vesical. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Talha hypogastrica em 25 de Setembro de 1908. Anesthesia completa e estado geral perfeito.

Posteriormente nada têve.

Observação CLVIII. — J. A., alfaiate, com 29 annos. Fistulas peri-anaes e estreitamento no recto. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Abertura e curetagem das fistulas, com dilatação do recto. Anesthesia e paraplegia completas.

Nada têve nem sentiu.

Observação CLIX. — J. F., ganhadôr, com 50 annos. Epithelioma do pé. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação da côxa em 6 de Outubro de 1908.

Anesthesia nulla, completada com o chlorofórmio.

Observação CLX. — J. L., operario, com 20 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 17 de Outubro de 1908.

Resultado bom. Nada têve.

Observação CLXI. — A. M., cabellereiro, com 24 annos. Hemorrhoidas. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Destruição á thermo-cautério em 15 de Outubro de 1908.

Bom resultado.

Observação CLXII. — E. S., lavradôr, com 65 annos. Epithelioma do pênis. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Amputação do pênis em 21 de Outubro de 1908.

Anesthesia e estado geral perfeitos.

Observação CLXIII. — J. F., padeiro, com 27 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em 17 de Outubro de 1908.

Bom resultado.

Observação CLXIV. — J. S, ganhadôr, com 30 annos. Estreitamento infranqueavel da urethra. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Talha hypograstica para catheterismo retrógrado em 15 de Outubro de 1908. Anesthesia mediocre, estado geral bom.

Observação CLXV. — J. S., com 11 annos. Paraphimose. Injecção de 4 centigrammas de stovaina. Circuncisão em 20 de Outubro de 1908.

Anesthesia e estado geral perfeito, observando o doente toda operação.

Observação CLXVI. — C. G., lavradôr, com 53 annos. Paraphimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Circuncisão em 20 de Outubro de 1908.

Nada sentiu.

Observação CLXVII. — A. J., roceiro, com 47 annos. Rectite ulcerada. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Thermo-cauterização em 20 de Outubro de 1908.

Effeito bom, posteriormente nada têve.

Observação CLXVIII. — J. R., serviço domestico, com 29 annos. Prolapso da mucosa urethral. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Urethrectomia em 20 de Outubro de 1908.

Effeito admiravel. Nada têve.

Observação CLXIX. — J. C., roceiro, com 22 annos. Phimose. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Posthotomia em Abril de 1908. Effeito bom. Anesthesia completa e immediata.

Nada teve depois.

Observação CLXX. — A. V., empregado, com 18 annos. Rectite ulcero-cancerosa. Injecção de 6 centigrammas de stovaina. Cauterização á thermo-cautério em Outubro de 1908. Anesthesia completa. Pulso normal. Face perfeita.

Posteriormente nada sentiu.

# PROPOSIÇÕES

# PROPOSIÇÕES

## Sciencias Physicas e Naturaes

### HISTORIA NATURAL MEDICA

I

As orchídeas constituem uma interessante familia na classificação vegetal.

II

Á medicina e sobretudo á vaidade humana, prestam seu elevado contingente.

III

São, em geral, plantas das regiões intertropicaes.

### CHIMICA MEDICA

I

A synthese é um dos processos admiraveis da chimica.

II

Uma das suas grandes vantagens, é estabelecer mathematicamente a composição dos productos obtidos.

III

A stovaina é obtida por synthese.

## MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGICA E ARTE DE FORMULAR

I

A incompatibilidade medicamentosa consiste em que, duas ou varias substancias, modifiquem suas propriedades pelo facto de uma acção chimica reciproca.

II

Distinguem-se quatro especies de incompatibilidades: physica, chimica ou nosologica, physiologica ou pathogênica e therapeutica.

III

É regra quase unica e absoluta: nunca associar substancias que por uma reacção mútua, poderão dar origem á compostos nóvos, insoluveis ou toxicos.

# Sciencias que se referem á estatica e á dynamica do homem em estado hygido

## ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Medulla é essa porção dos centros nervosos que occupa, não completamente, o canal vertebral.

II

De acordo com os diversos estados da evolução ontogênica da medulla, o seu limite inferior percorre o canal vertebral, dêsde a base do coccyx (no embryão) até a segunda vertebra lombar (no adulto).

III

Apesar do seu crescimento constante, acompanhando o desenvolvimento geral do organismo, a medulla torna-se menor em relação ao canal rachidiano no adulto.

## HISTOLOGIA

I

O tecido elastico, é uma variedade de tecido conjunctivo que forma no homem, os ligamentos amarellos da columna vertebral.

II

O tecido elastico tem como elementos fundamentaes, as fibras e as membranas elasticas, com caracteres chimicos e physiologicos especiaes.

III

A nutrição e o desenvolvimento do tecido elastico são extremamente lentos, de modo que sua regeneração se faz, com uma difficuldade enorme.

## PHYSIOLOGIA

I

A presença da entérokinase no suco duodeno-jejunal, e sua acção tão assignalavel sobre o desenvolvimento do podêr protéolytico do suco pancreatico, mostra-nos a parte consideravel que o suco duodenal toma indirectamente, na digestão dos albuminoides.

II

Estes dois sucos, que separados são inactivos, tiram de sua mistura, uma acção fundamental na digestão intestinal.

III

O suco duodenal contem um fermento inversivo ou *invertina*, que transforma o assucar de cana, que não é directamente absorvivel, si bem que soluvel, em assucar invertido, constituido por uma mistura de glucose e de levulose.

## Sciencias que se referem á estatica e á dynamica do homem em estado morbido

### PATHOLOGIA MEDICA

I

Por três hypotheses differentes pretendem os autôres explicar a anemia essencial protopathica ou crypto-genésica.

II

Stockmann attribue-na á pequenas hemorrhagias continuas, porem, clinicamente imperceptiveis; Hunter á acção de venenos de origem digestiva, e outros, finalmente, incriminam as mesmas causas da anemia symptomatica — parasitas, microbios, toxicas, venenos diversos —, não sendo sempre evidentes ou apreciaveis.

III

Agasse-Lafont sustenta que a hematopoièse pode, como todas as outras funcções do organismo, soffrêr uma perturbação primitiva. Do mesmo modo que o coração se fatiga, o rim se altera, concebe-se que se desenvolva insidiosamente, em um individuo a anhématopoièse e conseguintemente a anemia perniciosa, consequencia de uma infinidade de causas afastadas, que seria preciso então procura-las em todo passado do doente, em toda sua hereditariedade.

## PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A appêndicite é uma infecção da mucosa e do tecido adenoide do appêndice, que é um orgão intraperitoneal.

II

Os abcessos, complicações constantes da appêndicite, são, segundo a situação do appêndice, iliacos, pelvianos, peri-umbilicaes e retrocœcaes ou lombares, obedecendo estas designações ao ponto onde se fêz a collecção purulenta.

III

O unico tratamento racional da appêndicite, é o tratamento cirurgico. Com um diagnostico bem feito, com uma operação praticada no momento oportuno e segundo as regras da arte, evitam-se todos os accidentes. (Dieulafoy).

## ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

A dilatação dos vasos é a primeira reacção inflammatória que se manifesta no systema vascular, constituindo também o primeiro phenomeno, morphologicamente apreciavel.

II

Toda influencia nociva que pertuba a nutrição dos elementos dos tecidos, diminue sua elasticidade propria e enfraquece a resistencia que elles oppõem á pressão sanguinea intra-capillar.

A dilatação dos finos vasos sob o esfôrço do sangue é pois, a consequência desta diminuição da elasticidade dos tecidos perivasculares.

III

A hyperemia inflammatória, isto é, a reacção inflammatória dos vasos contra a irritação, sómente é possivel, nas regiões em que o tecido peri-vascular fôr elastico.

## OPERAÇÕES E APPARÊLHOS

I

Arthrectomia é a operação que tem por fim a destruição integral de todas as partes molles de uma articulação—ligamentos e synovial—, com conservação dos ossos.

II

Denominam-na ainda de synovectomia e de arthroxesis, muito embóra estas duas palavras não tenham o mesmo sentido. Synovectomia é a extirpação total da synovial, e arthroxesis é a ablação das fungosidades, as partes molles da synovial, sendo cuidadosamente respeitadas.

III

A arthrectomia tem varias e multiplas indicações, mas sobretudo, nas arthrites tuberculosas.

## THERAPEUTICA

I

Os ioduretos gozam sua influencia sobre as circulações peripherica e visceral que acceleram, a nutrição dos orgãos que tornam mais activa, a tensão arterial que abaixam e uma acção resoluctiva, não menos importante, sobre o tecido esclerôso e sobre as paredes dos vasos.

II

Todas ás vêzes, que se tem de prolongar por muito tempo, a medicação iodurada nas molestias do apparêlho circulatório, é preciso preferir o iodureto de sodio ao iodureto de potassio (Huchard).

III

As razões são as seguintes: 1.º os saes de potassio administrados por muito tempo continuadamente, podem tornar-se venenos do coração; 2.º as affecções cardio-arteriaes predispõem á insufficiência e á impermeabilidade renaes, e por este facto, o accúmulo progressivo e lento dos saes de potassio na economia, póde criar um perigo de intoxicação; 3.º o iodureto de sodio é melhor supportado pelo estomago e expõe menos aos accidentes do iodismo, sem contudo evita-los de um modo absoluto.

## CLINICA PROPEDEUTICA

I

Os meios propedeuticos que nos auxiliam no diagnostico das molestias do figado são: a palpação, a percussão, a inspecção e secundariamente a auscultação.

II

Glenard insiste tenazmente sobre a importancia preponderante da palpação, cujas indicações são mais claras e positivas que as da percussão, chegando a criar um processo de palpação especial, chamado processo do pollegar.

III

A interpretação dos phenomenos de percussão do figado, não é possivel senão, conhecendo-se perfeitamente as suas relações anatomicas.

## CLINICA CIRURGICA (1.ª Cadeira)

I

Os espiritos eleitos e selectos, procurando evitar as difficuldades que se lhe antólham, inventam, descobrem, criam ou modifiicam.

II

A descoberta da stovaina e a sua introducção na anesthesia lombar, fôram um enorme fortalecimento aos nobres e generosos auspicios da Cirurgia e um passo largo dado na vanguarda dos anesthésicos.

III

Com o aperfeiçôamento da sua téchnica, e com o conhecimento mais de perto e perfeito dos effeitos obtidos, fazendo desapparecêr essa primeira repulsa geral ás ideias que se levantam, a rachisto-vainisação marchará progressivamente para a anesthesia do futuro.

## CLINICA CIRURGICA (2.ª Cadeira)

I

As hernias resultam da desharmonia do equilibrio que existe entre a pressão abdominal e a resistencia das paredes, vencendo a primeira sobre a segunda.

II

Concorrem para producção das hernias inguinaes, que são adquiridas e congenitas, causas activas e passivas.

III

Actualmente, com o progresso da Cirurgia, sómente se cuida no tratamento das hernias, salvo em casos especiaes de occasião, da cura radical pelo processo de Bassini.

## CLINICA MEDICA (1.ª Cadeira)

I

Há insufficiência mitral, quando o orificio auriculo-ventricular esquerdo, incompletamente fechado durante a systole ventricular, deixa refluir uma certa quantidade de sangue do ventriculo para a auricula.

II

Um sôpro systolico fixo, de maximo apexiano, com propagação para a axilla e para o dôrso, está manifestamente sobre a dependência de uma insufficiência mitral organica. Póde havêr duvida quando o sôpro é variavel em intensidade, embóra permanente, com uma fraca resonancia nas regiões axillar e escapular.

III

Na insufficiência mitral por dilatação ventricular, o sôpro é geralmente variavel com as contracções cardiacas.

## CLINICA MEDICA (2.ª Cadeira)

I

Clinicamente deve-se considerar como dilatado, todo estomago, cujas dimensões são taes que obriguem-no affectar relações anormalmente extensas, com a parede abdominal e os orgãos visinhos, originando, de um modo habitual, ruidos hydro-areos, audiveis em toda sua area durante o curso das digestões.

II

São os ruidos hydro-aereos que constituem o signal mais importante da dilatação; si bem que não sejam pathognomonicos, porque podem se produzir nos estomagos enfraquecidos mesmo de pequeno volume.

III

A gastrite hyperpetica que é normalmente a causa productôra da dilatação banal dos hyperpeticos, acompanha-se com frequencia de fermentação acetica, apesar do excesso de producção de acido chlorhydico livre.

## CLINICA PEDIATRICA

I

Nos casos frequentes de intolerancia do leite, que se manifestam nas crianças, na idade de um á dois annos e meio, o regimen lacto-farináceo constitue um factôr preciôso na therapeutica dietética.

II

Quando, nas toxi-infecções digestivas das crianças, nas gastro-enterites agudas, os phenomenos mais accentuados dissipam-se com a diéta hydrica, e que é necessario modificar o regimen e proseguir na alimentação, o regimen feculento, os farináceos representam muitas vêzes um excellente regimen de transição, permittindo voltar ao regimen lacto exclusivo, que não era tolerado logo após o cessar a diéta hydrica.

III

A diéta feculenta e o regimen lacto-farináceo, os hydratos de carbono, não devem sêr esquecidos na therapeutica dietética das dyspepsias, gastro-enterites chronicas, catarrho do grôsso intestino e na convalescênça de algumas gastro-enterites agudas infantís.

## CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

Arocataracta, que é a opacificação do crystallino, caracteriza-se por signaes objectivos e por signaes subjectivos.

II

Os signaes subjectivos são, primeiramente uma amblyopia assignalável e progressiva, acompanhada de moscas (manchas) fixas, com, em principio, presbyopia; porém frequentemente, também astigmatismo e uma myopia media desenvolvem-se assim como a polyopia monocular e muitas vêzes a micropsia. —

III

O unico tratamento racional das cataractas, é o tratamento cirurgico. O tratamento medico mesmo, com a paracentése da camara anterior, nenhuma firmêza tem.

## CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

O cancro simples ou cancro molle, nasce de um outro cancro simples por contagio immediato, ás mais das vêzes, nas relações sexuaes, ou por contagio mediato, operado pelo transporte do agente pathogênico pelos dêdos, objectos de pensos, etc.

II

O cancro simples, sendo uma affecção puramente local, seu prognostico é benigno, quando evolúe de um modo normal. Póde tornar-se uma affecção séria e mesmo grave, quando abrange uma grande extensão e transforma-se em phagedênico.

III

A ablação póde sêr praticada em certos cancros bem limitados —os do prepucio. Recorre-se mais frequentemente á destruição dos cancros pela cauterização ignea ou chimica. A thermo-cauterização póde sêr empregada vantajosamente nos cancros pouco extensos.

## CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A meningo-myelite syphilitica affecta duas formas differentes, segundo que a meningite predomina e evidencía o processo anatomico, ou que as lesões vasculares supplantam a meningite e determinam lesões muitas vêzes consideraveis do eixo nervôso.

II

A existencia de uma syphiles anterior ou concomitante, a ausência de outra causa podendo sêr invocada, a acção favoravel do tratamento syphilitico, taes são as três ordens de elementos, que podem fazêr admittir a intervenção do virus syphilitico na producção de uma affecção da medulla.

III

O tratamento deve sêr não sómente prematuro, mas ainda energico, prolongado e sufficientemente repetido. Quanto mais proximo estivermos do começo da affecção tanto mais probabilidade existe de uma acção favoravel.

# Sciencias que se referem á estatica do homem nos estados hygido e morbido

## BACTEREOLOGIA

I

A multiplicação por divisão foi, durante muito tempo, considerada como o unico modo de propagação das bacterias. As cellulas assim produzidas apresentam, em geral, uma fraca resistencia aos agentes de destruição—resistencia tanto mais fraca quanto mais nóva fôr a cellula.

II

A formação do esporo, é o meio mais seguro que as bacterias encontram, para resistir a acção dos agentes diversos que tentam compromettêr a vida da especie.

III

O meio mais certo senão o unico, que o bacteriologista póde lançar mão para destruição dos esporos, é a esterilização ao calor, em temperatura elevada, variando esta de acordo com a resistencia de cada esporo.

## MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

O abôrto póde sêr espontaneo ou provocado, sendo o primeiro muito mais frequente e sempre sem responsabilidade.

II

Toda vêz, que no abôrto provocado, não houver uma intenção benefica e licita, deve sêr punido como um crime.

III

Em quase todos, senão em todos, os delictos do abôrto, a mulher é connivente.

## HYGIENE

I

Estudos actinometricos mostraram, que nada há mais variavel, mesmo durante um dia admiravel, que a quantidade de calôr irradiado em cada instante pelo sól sobre uma superficie dada.

II

Entretanto, a temperatura do ar observada pelo thermometro ordinario, conservar-se-á relactivamente constante, ou sómente lentamente se modificará.

III

A causa deste phenomeno reside, na absorpção de uma parte importante do calôr proveniente do sól, pelo vapôr d'agua invisivel, muito desegualmente espalhado na atmosphera.

## ANATOMIA MEDICO CIRURGICA

I

A região carotidiana é a parte do pescôço percorrida pela arteria carotida primitiva e seus ramos de bifurcação,—as carotidas interna e externa.

II

Começando, inferiormente na articulação externo-clavicular, e terminando para cima, ao nivel de uma linha horizontal, ligando o anglo do maxillar inferior ao bordo anterior do externo-cleido-mastoidêo, a região carotidiana torna-se importante pelo feixe vasculo-nervoso que contem.

III

O externo-cleido-mastoidêo, principal musculo da região, é atravessado em sua parte superior pelo nervo espinhal e geralmente affectado quando se manifesta o torcicóllo.

## OBSTETRICIA

I

O emprego dos anesthésicos em Obstetricia é uma questão de pratica assás importante e diversamente resolvida pelos autôres.

II

Não obstante os anesthésicos geraes e locaes até então empregados, a stovainisação lombar actualmente reclama, por seus beneficios grandes e admiraveis, a attenção dos interessados.

III

A stovaina por suas propriedades ocytocicas, activando com prudencia as contracções úterinas e relaxando as partes que naturalmente tendem a relaxar-se, presta a anesthesia obstetrica o seu mais alto e incalculavel contingente.

## CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A hemorrhagia periodica, que se produz, aliás regularmente, durante toda vida genital da mulher, dura mais ou menos trinta annos.

II

No entretanto, observamos variações frequentes no periodo de apparecimento e de cessação das regras, variações que dependem da constituição, do temperamento, da latitude geographica do paiz habitado, da educação, do regimen alimentar, da raça e enfim da condição social da mulher.

III

Pondo de parte estas influencias, existem alguns exemplos que constituem verdadeiras monstruosidades physiologicas, seja por uma instauração menstrual muito precoce, seja por uma meno—pausa—cessação das regras—excessivamente tardía.

VISTO.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 31 de Outubro de 1908.

O SECRETARIO,

DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES.